



Derde evaluatie van de 'Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant'

Frank Peters

Nijmegen, november 2021

Projectnummer: 2021.047

© 2021 KBA Nijmegen

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, en evenmin in een retrieval systeem worden opgeslagen, zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van KBA Nijmegen.

No part of this book/publication may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

Inhoudsopgave

1	Over dit onderzoek	1
1.1	Inleiding	1
1.2	Probleem- en doelstelling	2
1.3	Aanpak	3
2	Opzet van de subsidieregeling	5
2.1	Inleiding	5
2.2	Gesubsidieerde opleidingsplaatsen	6
2.3	De subsidie	8
3	Bevindingen	11
3.1	Inleiding	11
3.2	Taakherschikking	11
3.3	Doelen van de subsidieregeling	13
3.4	Besteding subsidie	20
3.5	Branches en opleiden	20
3.6	De subsidieregeling in de huisartsenzorg en geestelijke gezondheidszorg	24
3.7	Risico's en knelpunten	26
3.8	Voorzetting van de regeling	32
4	Eindoordeel	35
4.1	Inleiding	35
4.2	Beantwoording onderzoeksvragen	35
4.3	Slotconclusie	36

1 Over dit onderzoek

1.1 Inleiding

Verpleegkundig specialisten¹ en physician assistants zijn gespecialiseerde beroepskrachten met een masteropleiding, die werkzaam zijn op het snijvlak van het medisch en verpleegkundig domein en delen van het werk van artsen en specialisten kunnen overnemen. In 2003 studeerden de eerste vier verpleegkundig specialisten af en een jaar later de eerste drie physician assistants.² Inmiddels werken er in Nederland circa 3.494 verpleegkundig specialisten en 1.058 physician assistants in de zorg.³ Beide zorgprofessionals vallen onder de Wet BIG.

Verpleegkundig specialisten worden opgeleid via de opleiding Master Advanced Nursing Practice (MANP) en physician assistants via de opleiding Master Physician Assistant (MPA). Er zijn negen hogescholen met een opleiding MANP, waarvan er vijf ook de opleiding MPA aanbieden. De tweejarige opleiding MANP is gericht op het werken in de algemene gezondheidszorg en op een aantal hogescholen ook op de geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast is er de driejarige opleiding Geestelijke Gezondheidszorg Verpleegkundig Specialist (GGZ-VS), die uitsluitend verpleegkundig specialisten opleidt voor de geestelijke gezondheidszorg.

Zowel de MANP als de MPA zijn duale opleidingen, waarbij studenten afwisselend leren en werken. Vanwege het maatschappelijk belang van de opleidingen worden die vanaf de start door middel van subsidie gezamenlijk gefinancierd door het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). OCW neemt de kosten voor de onderwijscomponent voor zijn rekening. VWS subsidieert de vervanging van dagen waarop deelnemers uit de zorgsector niet beschikbaar zijn voor de werkgever vanwege het volgen van hun masteropleiding (de buitenschoolse kosten). De financiering door VWS is geregeld in de *Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant* (hierna: subsidieregeling). Omdat de subsidieregeling geen betrekking heeft op de opleiding GGZ-VS (die op een andere manier wordt bekostigd), blijft die opleiding buiten beschouwing, behalve waar dat voor een begrip van de uitvoering van de regeling nodig is.

De masteropleidingen leveren zorgprofessionals af die taken kunnen overnemen van artsen. Met de subsidiering van de opleidingen worden verschillende doelen nagestreefd. Volgens VWS gaat het om (i) een betere kwaliteit van zorg, (ii) een beter carrièreperspectief voor de mensen die in de zorg werken en (iii) het opvangen van de noodzakelijke banengroei en vergrijzing.⁴ De vergrijzing betreft het personeelsbestand van de zorg, blijkt uit de toelichting op de doelen. Deze evaluatie was daarom gericht ook op de vergrijzing van het personeel in de zorg. Subsidiering van

1 Totdat in 2009 verschillende verpleegkundige specialismen werden erkend, werden verpleegkundig specialisten aangeduid als nurse practitioners. Sinds 1 januari 2021 zijn er twee verpleegkundig specialismen: een gericht op de algemene gezondheidszorg en een op de geestelijke gezondheidszorg.

2 Peters, F. E. Keppels, H. Schuit & K. Kauffman. (2008). *De arbeidsmarkt- en opleidingsbehoefte aan nurse practitioners en physician assistants*. Nijmegen: KBA Nijmegen.

3 Capaciteitsorgaan. (2019). *Capaciteitsplan 2021-2024. Hoofdrapport*. Utrecht: Capaciteitsorgaan.

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

de opleidingen is onderdeel van een veel breder pakket van in totaal negen maatregelen die samen de genoemde doelen moeten realiseren.

De subsidieregeling is voor het laatst in 2016 geëvalueerd. Daaruit bleek dat de regeling doeltreffend is.⁵ Dit heeft er toe geleid dat de regeling is voortgezet. Formeel zou de subsidieregeling per 1 juli 2022 vervallen, maar om er voor te zorgen dat tijdig kan worden begonnen met de voorbereiding en werving voor het schooljaar 2022-2023, is die met 1 jaar verlengd tot 1 juli 2023.⁶ Om opnieuw te kunnen beoordelen of en hoe de subsidieregeling moet worden voortgezet, heeft de directie Macro Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt (MEVA) van het ministerie van VWS behoefte aan een nieuwe evaluatie. MEVA heeft KBA Nijmegen gevraagd die uit te voeren en in voorliggend rapport staan de resultaten. In paragraaf 1.2 worden doel en opzet van de subsidieregeling beschreven, in paragraaf 1.3 de wijze waarop de regeling is geëvalueerd. De bevindingen van de evaluatie staan in hoofdstuk 2, de conclusies in hoofdstuk 3.

1.2 Probleem- en doelstelling

De *Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant* voorziet in de subsidiering van de buitenschoolse kosten van de opleidingen MANP en MPA. Volgens de *Algemene wet bestuursrecht* is de overheid verplicht ten minste eenmaal in de vijf jaar een verslag te publiceren over de doeltreffendheid en effecten van een subsidie in de praktijk.⁷ In de *Regeling periodiek evaluatieonderzoek* worden daarvoor kwaliteitseisen geformuleerd en wordt de uitvoering van dergelijk onderzoek uitgewerkt.⁸ Aansluitend bij deze regeling moet het evaluatieonderzoek uitwijzen in hoeverre de inzet van de subsidieregeling doeltreffend en doelmatig is. Daarbij is doeltreffendheid gedefinieerd als 'de mate waarin de beleidsdoelstelling dankzij de inzet van de onderzochte beleidsinstrumenten wordt gerealiseerd'. Zoals al eerder beschreven, zijn de doelen van de inzet van de subsidieregeling (i) een betere kwaliteit van zorg, (ii) een beter carrièreperspectief voor de mensen die in de zorg werken en (iii) het opvangen van de noodzakelijke banengroei en vergrijzing. Doelmatigheid is 'de mate waarin het optimale effect tegen zo min mogelijk kosten en ongewenste neveneffecten wordt bewerkstelligd'.

In de offerte-aanvraag van de directie MEVA van VWS is aangegeven dat in het evaluatieonderzoek de volgende vragen moeten worden beantwoord:

1. Wordt het doel van de subsidieregeling behaald?
2. Hoe wordt het beschikbare budget besteed?
3. Welke risico's zitten er aan de wijze waarop de subsidieregeling wordt uitgevoerd? Hierbij gaat het met name om eventuele onrechtmatigheid en fraude.
4. Is voortzetting van de subsidieregeling gewenst en noodzakelijk? Zo ja, zijn er verbeterpunten in de subsidieregeling aan te brengen?

5 Peters, Frank. (2016). *Tweede evaluatie van de 'Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant'*. KBA Nijmegen.

6 *Ontwerpwijziging Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant*. (2021, 8 juli). Geraadpleegd op 3 september 2021, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/regelingen/2021/07/08/concept-wijzigingsregeling-subsidieregeling-opleiding-physician-assistant>

7 *Algemene wet bestuursrecht*. (1992, 4 juni). Geraadpleegd op 3 september 2021, van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0005537/2021-07-23>

8 *Regeling periodiek evaluatieonderzoek* (2018, 15 maart). Geraadpleegd op 3 september, van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0040754/2018-03-27>

5. Bestaat er een rechtvaardiging voor differentiatie van de subsidieregeling naar verschillende sectoren? Is een dergelijke differentiatie in de subsidieregeling te integreren? Waarom is dat wel of niet het geval en op welke wijze ligt het voor de hand de subsidieregeling hierop te wijzigen?

De antwoorden op de onderzoeksvragen moeten het mogelijk maken te kunnen beoordelen of en hoe de subsidieregeling dient te worden voortgezet.

1.3 Aanpak

Zoals hiervoor beschreven is in de Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek aangegeven hoe invulling kan worden gegeven aan de verplichting om beleid periodiek te evalueren. Daarbij worden de volgende kwaliteitseisen voor dergelijke evaluaties geformuleerd:

- het is duidelijk welk beleid wordt onderzocht en wat de doelstellingen van dat beleid zijn;
- de vraag wordt beantwoord in hoeverre het beleid (en de daarmee samenhangende uitgaven) doeltreffend en doelmatig is;
- onderliggende bevindingen onderbouwen de conclusies;
- de onderzoeksmethode is valide en betrouwbaar;
- het rapport geeft inzicht in de gebruikte evaluatiemethode en in de (on)mogelijkheden om de doeltreffendheid en doelmatigheid van het betreffende beleid vast te stellen.⁹

Om aan de kwaliteitseisen te voldoen, zijn de vragen onderzocht door het raadplegen van diverse bronnen: kengetallen, literatuur en betrokkenen.

De *kengetallen* betroffen zaken als het aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen, de instroom in de opleidingen en de omvang van de subsidie.

De *literatuur* die is onderzocht had betrekking op de redenen om verpleegkundig specialisten en physician assistants aan te nemen en het resultaat van de inzet van beide beroepsgroepen, met name gelet op de kwaliteit van zorg, verbetering van het carrièreperspectief van zorgmedewerkers en het opvangen van de vergrijzing.

De *betrokkenen* die zijn geïnterviewd, zijn functionarissen van hogescholen die bij de uitvoering van de regeling betrokken zijn, zorgwerkgevers uit verschillende sectoren die verpleegkundig specialisten en physician assistants in dienst hebben en partijen die belang hebben bij de inzet van dergelijke zorgverleners (bijvoorbeeld vanuit het oogpunt van kwaliteitsverbetering). Het interviewen van deze betrokkenen was nodig omdat met verzamelen van kengetallen en literatuuronderzoek de evaluatievragen niet volledig konden worden beantwoord.

In tabel 1 staat aangegeven welke bronnen zijn geraadpleegd, hoe dat gebeurde en voor welke evaluatievragen.

⁹ Regeling periodiek evaluatieonderzoek (2018, 15 maart). Geraadpleegd op 3 september 2021, van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0040754/2018-03-27>

Tabel 1 – Bronnen voor beantwoording van de evaluatievragen

Bronnen	Wordt doel behaald?	Besteding budget?	Risico's aan uitvoering?	Voorzetting wenselijk?	Verbeterpunten?	Differentie gerechtvaardigd?	Differentiatie in regeling integreren?
Kengetallen	•						
Literatuur	•						
Vragenlijst							
- Opleidingscoördinatoren MPA en MANP (14 respondenten)		•		•	•		
Interviews							
- Voorzitters LOO ¹ MANP en MPA (2 respondenten)	•	•	•	•	•	•	•
- Opleidingscoördinatoren (3 respondenten)		•	•	•	•	•	
- Zorgwerkgevers (7 organisaties) ²	•		•	•	•	•	•
- Voorzitters van de beroepsverenigingen voor verpleegkundig specialisten en physician assistants (2 respondenten)			•	•	•	•	•
- Financiële medewerkers hogescholen (3 respondenten)		•	•		•		
- Beleidsmedewerker MEVA en medewerker Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen (2 respondenten)		•					
- Overige bronnen (5 respondenten) ³	•		•	•	•	•	•

1 LOO betekent landelijk opleidingsoverleg.

2 Dit betrof de volgende organisaties: Landelijke Huisartsen Vereniging, InEen, ActiZ, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Federatie Medisch Specialisten, de Nederlandse ggz en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.

3 Dit waren de volgende organisaties: Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg, Capaciteitsorgaan, Centrale huisartsenpost Almelo, Menzis en Reade revalidatie/reumatologie.

2 Opzet van de subsidieregeling

2.1 Inleiding

De regeling is gestart in 2004. In eerste instantie was sprake van twee regelingen, voor beide opleidingen apart. Bij de verlenging van de regelingen in 2006 zijn beide regelingen samengevoegd tot de *Subsidieregeling opleiding tot nurse practitioner en opleiding tot physician assistant*.

De regeling is een aantal keren aangepast. Tabel 2 laat zien dat het daarbij meestal ging om een verhoging van het aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen of een verlenging van de subsidie-regeling.

Tabel 2 – Start regeling en wijzigingen

Jaar	Toelichting
2004	<ul style="list-style-type: none">- Start 'Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner' en de 'Subsidieregeling opleiding tot physician assistant'.- Looptijd regelingen: 2004 en 2005.- Aantal gefinancierde opleidingsplaatsen: 250 voor beide regelingen samen.
2005	<ul style="list-style-type: none">- Verhoging aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen van 250 naar 325 in 2005 en 2006.
2006	<ul style="list-style-type: none">- Samenvoeging regelingen.- Regelingen worden ook na 2006 gecontinueerd.
2007	<ul style="list-style-type: none">- Structurele verhoging aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen van 250 naar 325 met ingang van studiejaar 2007-2008.
2008	<ul style="list-style-type: none">- Verhoging aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen van 325 naar 400 met ingang van studiejaar 2008-2009.
2009	<ul style="list-style-type: none">- Datum voor het indienen van aanvragen voor verlenging van de subsidie verschoven van 1 augustus naar 1 november in het jaar waarin de student instroomt.
2012	<ul style="list-style-type: none">- Verhoging aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen van 400 naar 700: 150 met ingang van studiejaar 2012-2013 en 150 met ingang van studiejaar 2013-2014.
2012	<ul style="list-style-type: none">- Verhoging tegemoetkoming buitenschoolse kosten van € 1.750 per student per maand naar € 1.875. De verhoging gaat in op 1 september 2012, zowel voor nieuwe als zittendestudenten.
2014	<ul style="list-style-type: none">- De regeling wordt voorzien van een einddatum: 1 juli 2017.
2017	<ul style="list-style-type: none">- Verlenging van de regeling tot 1 juli 2022.
2019	<ul style="list-style-type: none">- Eenmalige verhoging aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen van 700 naar 774: 30 extra plaatsen voor de MPA-opleiding en 44 voor de MANP-opleiding
2021	<ul style="list-style-type: none">- Verlenging van de regeling tot 1 juli 2023.

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoeveel opleidingsplaatsen er vanuit de subsidieregeling zijn bekostigd, hoe de subsidie wordt toegekend en wat de omvang van de subsidie is.

2.2 Gesubsidieerde opleidingsplaatsen

Tabel 2 laat zien dat het aantal opleidingsplaatsen voor eerstejaars dat vanuit de regeling wordt bekostigd, een aantal malen is verhoogd. Dat gebeurde op basis van onderzoek waaruit bleek dat dat nodig was om aan de behoefte aan verpleegkundig specialisten en physician assistants op de arbeidsmarkt te kunnen voldoen.¹⁰ De uitbreiding van het aantal plaatsen in 2012 gebeurde naar aanleiding van signalen vanuit de Vereniging Hogescholen, het platform VS en PA en het Capaciteitsorgaan. Zij gaven aan dat er enerzijds sprake was van wachtlijsten bij de opleidingen MANP en MPA en anderzijds van een nog steeds toenemende behoefte aan verpleegkundig specialisten en physician assistants. De verhoging is in twee stappen ingevoerd om de hogescholen de gelegenheid te geven daarop in te spelen.

De aanleiding om in 2019 opnieuw extra opleidingsplaatsen ter beschikking te stellen, was een verzoek van de Vereniging Hogescholen, de Landelijke Opleidingsoverleggen MANP en MPA en het Sectoraal adviescollege hoger gezondheidszorgonderwijs. Aanleiding daarvoor was het oplopend aantal aanmeldingen voor de opleidingen MANP en MPA. Zo konden in het studiejaar 2019-2020 de MANP-opleidingen ruim 200 aanvragen niet honoreren en de MPA-opleidingen ongeveer 100.¹¹ Als oorzaken van de toenemende belangstelling wordt gewezen op de bekostiging die sinds 2015 goed is geregeld¹², de betere positionering van de beroepen waarvoor wordt opgeleid, de gunstige arbeidsmarkt en de hoge werkdruk in de zorg (waardoor er behoefte bestaat aan meer zorgprofessionals).¹³

Het aantal beschikbare opleidingsplaatsen voor de opleidingen MANP en MPA wordt aan het begin van elk kalenderjaar vastgesteld door de minister van OCW. Dat gebeurt op voordracht van de Vereniging Hogescholen. Afspraken daarover worden gemaakt in de landelijke opleidingsoverleggen MANP en MPA, die bestaan uit de hogescholen met een opleiding MANP (9 scholen) en/of MPA (5 scholen). In eerste instantie wordt door de voorzitters van de overleggen onderling een verdeling gemaakt tussen het totale aantal op te leiden verpleegkundig specialisten en physician assistants. De laatste jaren was de vuistregel dat er jaarlijks 250 opleidingsplaatsen beschikbaar zijn voor de MPA en 450 voor de MANP. Die aantallen worden vervolgens in de opleidingsoverleggen verder verdeeld onder de hogescholen. Dat gebeurt in goed overleg.

In tabel 3 staat een overzicht van het aantal opleidingsplaatsen waarvoor subsidie beschikbaar is en het aantal studenten dat daarvan gebruikmaakt. Van de in totaal 9.155 opleidingsplaatsen, die tot en met studiejaar 2020-2021 vanuit de subsidieregeling beschikbaar waren, werd 85 procent daadwerkelijk bezet door nieuwe eerstejaars. Tot en met studiejaar 2012-2013 was dat zelfs 97 procent, maar vanwege de verhoging van het aantal bekostigde plaatsen van 400 naar 700

10 Peters, Frank, Gerda Koenraadt en Hans Schuit. (2007). *De arbeidsmarkt van nurse practitioners en physician assistants*. Nijmegen: KBA.

Peters, F., E. Keppels, H. Schuit en K. Kauffman. (2008). *De arbeidsmarkt- en opleidingsbehoefte aan nurse practitioners en physician assistants*. Nijmegen: KBA.

11 Bron: <https://zorgmasters.nl/kennis/opleiding/uitbreiding-aantal-opleidingsplaatsen-voor-pa-en-vs>, geraadpleegd op 25 september 2021.

12 Dit verwijst naar de invoering van integrale tarieven in de ziekenhuizen, waardoor verpleegkundig specialisten en physician assistants taken kunnen overnemen van vrijgevestigde medische specialisten, zonder dat daarvoor de bekostiging een belemmering vormt.

13 Bron: <https://zorgmasters.nl/uitgelicht/grote-belangstelling-voor-opleidingen-pa-en-vs>, geraadpleegd op 25 september 2021.

en de relatief lage instroom in het studiejaar 2013-2014, komt het percentage bezette plaatsen over de hele looptijd van de regeling lager uit.

Tabel 3 – Aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen en de instroom in de opleidingen MANP en MPA vanaf de start van de subsidieregeling

Studiejaar	Maximumaantal gesubsidieerde plaatsen	Instroom			
		MANP	MPA	Totaal	Cumulatief
2004-2005	250	179	55	234	234
2005-2006	325	217	102	319	553
2006-2007	325	224	74	298	851
2007-2008	325	249	78	327	1.178
2008-2009	400	281	108	389	1.567
2009-2010	400	272	127	399	1.966
2010-2011	400	278	128	406	2.372
2011-2012	400	263	132	395	2.767
2012-2013	550	353	156	509	3.276
2013-2014	700	260	114	374	3.650
2014-2015	700	305	115	420	4.070
2015-2016	700	326	139	465	4.535
2016-2017	700	380	182	582	5.097
2017-2018	700	412	189	601	5.698
2018-2019	700	435	229	664	6.362
2019-2020	774	503	265	768	7.130
2020-2021	700	448	233	681	7.811

Bron: <http://cijfers.hbo-raad.nl>, geraadpleegd op 19 oktober 2020 (voor de instroom tot en met 2015-2016) en 25 september 2021 (voor de instroom vanaf 2016-2017).

De lagere instroom in het studiejaar 2013-2014 had te maken met drie factoren: in een deel van de zorgorganisaties was op dat moment geen behoefte aan meer verpleegkundig specialisten of physician assistants dan er al waren, er bestond onduidelijkheid over de gevolgen van de voorgenomen nieuwe bekostigingssystematiek in ziekenhuizen¹⁴ en er was onduidelijkheid over de wijze waarop verpleegkundig specialisten of physician assistants rendabel kunnen worden ingezet.¹⁵ Voor verschillende zorgorganisaties was dit aanleiding geen of geen nieuwe verpleegkundig specialisten of physician assistants te gaan opleiden. Gelet op de oplopende instroom in de daarop volgende studie jaren, spelen die belemmeringen geen rol meer en is de behoefte aan deze beroepskrachten sindsdien weer toegenomen.

14 Zie voetnoot 12.

15 Bron: Peters, Frank & Joost van der Horst (2016). *Belemmeringen bij het opleiden van verpleegkundig specialisten en physician assistants*. Nijmegen: KBA.

Tabel 3 laat zien dat de instroom bijna elk jaar achterblijft bij het aantal beschikbare opleidingsplaatsen. Afgezien van wat hierover is opgemerkt voor het studiejaar 2013-2014, kan dit komen doordat studenten zich bijvoorbeeld op het laatste moment afmelden of dubbel staan ingeschreven. Maar ook de terughoudendheid van hogescholen om actief studenten te werven als het aantal instromers het aantal opleidingsplaatsen dat de hogeschool beschikbaar heeft nadert, speelt een rol.

Het feit dat jaarlijks sprake is van een onderuitputting van de subsidieregeling, houdt volgens een van de respondenten het risico in dat bij bezuinigingen wordt gekort op de financiële middelen die vanuit de regeling beschikbaar zijn. Er wordt immers voortdurend minder geld uitgegeven aan het opleiden van verpleegkundig specialisten en physician assistants dan daarvoor begroot en beschikbaar is.

2.3 De subsidie

Toekenning van de subsidie

Het bevoegd gezag van de hogeschool dient voorafgaande aan de opleiding bij het ministerie van VWS een aanvraag te doen voor het aantal op te leiden eerstejaars. Na honorering van de aanvraag worden er voorschotten verstrekt in gelijke maandelijkse termijnen tot negentig procent van het totale subsidiebedrag. De subsidie wordt uitgekeerd aan de hogeschool die het binnenschoolse deel van de opleiding verzorgt en die de subsidie doorbetaald aan de zorgwerkgever. De hogeschool komt in aanmerking voor de subsidiëring van opleidingsplaatsen als studenten die instromen voldoen aan de volgende voorwaarden:

- in het bezit zijn van een diploma van een opleiding in de gezondheidszorg op hbo-niveau;
- minimaal twee jaar relevante werkervaring hebben met de directe zorg aan patiënten;
- een leer/arbeidsovereenkomst sluiten met een zorgwerkgever voor de duur van de opleiding.

Drie jaar na de start van de opleiding dient de hogeschool een aanvraag in voor de definitieve subsidievaststelling, waarin wordt aangegeven hoeveel maanden een student is opgeleid en hoeveel diploma's zijn verstrekt. Bij de aanvraag moet een accountantsverklaring worden gevoegd waaruit blijkt dat de verstrekte gegevens juist zijn. Op grond van de aanvraag stelt het ministerie van VWS de subsidie definitief vast. Uiterlijk twee maanden nadat de aanvraag is ingediend, worden de voorschotten verhoogd tot het maximumbedrag waarop werkgevers recht hebben.

Omvang van de subsidie

Bij de start van de regeling(en) in 2004 subsidieerde het ministerie van VWS een bedrag van € 1.750 per student per maand. Met ingang van het studiejaar 2012-2013 is deze tegemoetkoming in de kosten van de zorgwerkgever verhoogd naar € 1.875. Daarmee werd tegemoetgekomen aan de stijging van de buitenschoolse kosten.¹⁶ Deze verhoging gold zowel voor nieuwe als zittende studenten. In de toelichting op het besluit tot de verhoging, wordt aangegeven dat dit bedrag bedoeld is als *tegemoetkoming* in de kosten van de werkgever. De feitelijke kosten liggen hoger. Overigens ontvangt de zorgwerkgever ook van de hogeschool nog vergoedingen voor de

¹⁶ Staatscourant, nr. 26641, 21 december 2012.

stage, met name voor de externe stages die tijdens de opleiding moeten worden gevolgd en voor het begeleiden van studenten. Ook zijn er hogescholen die de begeleider (leermeester/praktijk-opleider) een scholing aanbieden. De vergoeding van de hogescholen is geen vaststaand bedrag, maar varieert per hogeschool en wordt betaald uit de vergoeding die de hogeschool daarvoor ontvangt van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen. Uit de informatie die is verstrekt door opleidingscoördinatoren van beide masteropleidingen blijkt dat het meestal gaat om bedragen van zo'n € 5.000 tot € 7.000 per student per jaar.

De opleiding MANP duurt 24 maanden, de opleiding MPA 30 maanden. Het maximumbedrag dat met ingang van studiejaar 2012-2013 door het ministerie van VWS wordt toegekend voor een student die de hele opleiding MANP heeft doorlopen, bedraagt momenteel € 45.000. Voor de opleiding MPA is dat € 56.250 (zie tabel 4).

Tabel 4 – Subsidiering vervangingskosten per student door VWS

Studiejaren	Per maand	Per studiejaar	Per opleiding	
			MANP (24 maanden)	MPA (30 maanden)
2004-2005 t/m 2011-2012	€ 1.750	€ 21.000	€ 42.000	€ 52.500
Met ingang van 2012-2013	€ 1.875	€ 22.500	€ 45.000	€ 56.250

Als een student korter over de studie doet, ontvangt de hogeschool alleen subsidie over het aantal maanden dat de opleiding daadwerkelijk heeft geduurd. Doet een student langer over de studie dan 24 maanden (MANP) of 30 maanden (MPA), dan stopt de subsidie voor het buitenschoolse deel van de opleiding en komen de kosten daarvan voor rekening van de werkgever. Volgens enkele opleidingscoördinatoren moeten studenten in zo'n geval ook een deel van de kosten betalen (bijvoorbeeld het collegegeld).

3 Bevindingen

3.1 Inleiding

De subsidieregeling maakt het mogelijk dat zorgprofessionals zoals paramedici en verpleegkundigen met een hbo-opleiding, zich kunnen laten opleiden tot verpleegkundig specialist of physician assistant. Beide beroepen kunnen taken van artsen overnemen. Daarmee wordt beoogd dat de zorg op peil blijft en verbetert zonder dat die duurder wordt en dat mensen die in de zorg werken een beter carrièreperspectief krijgen. Ook wordt de regeling ingezet om de noodzakelijke banengroei en vergrijzing op te vangen.

In dit hoofdstuk wordt beschreven in welke mate de doelen worden behaald door inzet van de regeling. Basis daarvoor vormen de onderzoeken die vanaf de invoering van beide nieuwe beroepen in Nederland zijn uitgevoerd. Voordat de doelen aan de orde komen, wordt beschreven in hoeverre verpleegkundig specialisten en physician assistants taken en verantwoordelijkheden overnemen van artsen. Dat is relevant omdat, zoals hiervoor aangegeven, de subsidieregeling is gericht op taakherschikking om op die manier de doelen te realiseren. In welke mate slaagt de inzet van de subsidieregeling daarin?

3.2 Taakherschikking

Taakherschikking is volgens de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (vanaf 1 januari 2015 de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving) het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen.¹⁷ In het geval van verpleegkundig specialisten en physician assistants gaat het om het overnemen van taken van artsen. In welke mate gebeurt dit en draagt de subsidieregeling hieraan bij? Uit de onderzoeken die daarnaar zijn uitgevoerd blijkt dat taakherschikking in eerste instantie lastig vast te stellen was, omdat de effecten van de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants in de productie niet goed zichtbaar waren. Belangrijkste reden daarvoor was dat beide beroepsgroepen veel taken uitvoeren die niet geregistreerd worden of buiten de registreerbare verrichtingen vallen.¹⁸ Zo konden verpleegkundig specialisten en physician assistants bijvoorbeeld tot 2015 niet zelfstandig een DBC¹⁹ openen en declareren. Nadat het in 2015 verplicht werd dat degene die de zorg levert deze ook registreert, is door Kouwen et al. opnieuw onderzoek gedaan naar de effecten van de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants.²⁰ Daaruit bleek dat de taakherschikking in 2015 ten opzichte van 2014 meer en beter zichtbaar was doorgevoerd. Bovendien leverde de taakherschikking volgens de onderzoekers een bijdrage aan kwaliteit en toegankelijkheid van zorg en tevredenheid van patiënten.

17 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2002). *Taakherschikking in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: RVZ.

18 Kouwen, A.J. & G.T.W.J. van den Brink. (2014). *Taakherschikking & Kostprijzen. Een onderzoek naar de belemmeringen rondom substitutie*. Nijmegen: Radboudumc.

19 DBC staat voor diagnose-behandelcombinatie en is een beschrijving van alle activiteiten die nodig zijn om bij een patiënt een bepaalde diagnose te stellen en te behandelen. Een DBC wordt geopend door de behandelaar.

20 Kouwen, A.J., G.T.W.J. van den Brink, P. Kleven, N. Leferink, A van Vught, Y. Grijzen, M. van der Heijden & B. van Acker. (2016). *Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk*. Nijmegen: Radboudumc.

De financiële effecten van de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants konden in het onderzoek niet worden gemeten, omdat die nog onvoldoende zichtbaar waren.

Op verzoek van het ministerie van VWS is in 2019 gericht onderzoek gedaan naar de financiële effecten van de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants. Uit dit onderzoek bleek onder andere dat de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants niet leidt tot extra productie (en dus ook niet leidt tot extra kosten), maar wel tot extra formatie.²¹ Ook was een van de resultaten dat het aandeel verpleegkundig specialisten en physician assistants in de productie is vergroot.

Voorgaande onderzoeken richtten zich met name op de inzet van inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants in ziekenhuizen. Vooral daar werden zij in eerste instantie opgeleid en nog steeds is de grootste groep verpleegkundig specialisten en physician assistants werkzaam in een ziekenhuis. Maar meer en meer vinden verpleegkundig specialisten en physician assistants ook hun weg in andere zorgsectoren. Uit de laatste onderzoeken die in 2019 zijn uitgevoerd onder alumni van de MANP en MPA, blijkt dat verpleegkundig specialisten naast de medisch specialistische zorg, vooral werkzaam zijn in de geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg, verpleeghuiszorg en de huisartsenzorg.²² Ook physician assistants werken vooral in de medisch specialistische zorg en daarnaast in de huisartsenzorg.²³ In kleine aantallen zijn beide beroepen werkzaam in andere zorgsectoren zoals revalidatie, de gehandicaptenzorg en de sociale geneeskunde (zie ook tabel 5 in paragraaf 3.5). Het is goed denkbaar dat het aantal zorgsectoren waarin verpleegkundig specialisten en physician assistants taken van artsen kunnen overnemen, verder zal toenemen. Mogelijkheden daarvoor worden bijvoorbeeld gezien in de arbeidsgerelateerde zorg²⁴ en de bedrijfsgezondheidszorg.²⁵

Recentelijk is onderzoek gedaan naar de taken met bijbehorende verantwoordelijkheden van artsen in ziekenhuizen die worden overgenomen door verpleegkundig specialisten en physician assistants.²⁶ Daarbij werd onderscheid gemaakt tussen taken die gericht zijn op de directe patiëntenzorg en andere taken op het gebied van continuïteit en kwaliteit van zorg. Het onderzoek laat zien dat verpleegkundig specialisten en physician assistants een brede variatie aan taken uitvoeren en meer dan twee derde van hun tijd besteden aan de uitvoering van taken gericht op de directe patiëntenzorg. Tevens wijst het onderzoek uit dat verpleegkundig specialisten 22 procent van hun tijd besteden aan taken die zij hebben overgenomen van artsen. Bij physician assistants is dat 31 procent.

Ook uit de eerder genoemde alumni-onderzoeken blijkt dat verpleegkundig specialisten en physician assistants de meeste tijd besteden aan direct patiëntencontact in de vorm van consulten,

21 Kleven, Petra, Nicole Leferink, Geert van den Brink & Arjan Kouwen. (2019). *De financiële effecten van taakherschikking*. Nijmegen: Radboudumc.

22 Leemkolk, Brenda van de & Francisca van der Velde. (2019). *Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist*. Utrecht: Prismant.

23 Aalbers, Wesley, Brenda van de Leemkolk & Francisca van der Velde. (2019). *Alumni van de masteropleidingen Physician Assistant*. Utrecht: Prismant.

24 Zie daarvoor het artikel *Taakherschikking goed mogelijk in arbeidsgerelateerde zorg* van Marijke Rooseboom-Coenen, dat verscheen in NVVG magazine TBV jaargang 26; nr. 3; maart 2018.

25 De mogelijkheden daarvoor zijn verkend in een onderzoek van het NIVEL: Batenburg, R.S., S.E. Versteeg & J.C.J. Dute. (2017). *Kansen van taakdelegatie en taakherschikking in de bedrijfsgezondheidszorg : een juridisch-empirische verkenning : eindrapport*. Utrecht: NIVEL.

26 Brink, G.T.W.J. van der, A.J. Kouwen, R.S. Hooker, et al. An activity analysis of Dutch hospital-based physician assistants and nurse practitioners. In: *Human Resources for Health*, volume 17, 78 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0423-z>

spreekuren en visites. Volgens 95 procent van de verpleegkundig specialisten en 91 procent van de physician assistants besteden zij daar de meeste tijd aan; gemiddeld respectievelijk 57 en 49 procent van hun werktijd.

Het overnemen van taken komt in vrijwel alle zorgsectoren voor, concluderen Dankers et al. in een onderzoek naar de potentiële effecten van beleidsmaatregelen op de ontwikkeling van het aanbod aan verpleegkundig specialisten en physician assistants.²⁷ Volgens de onderzoekers hangt de ontwikkeling van dat aanbod sterk samen met de subsidiering van de opleidingen. Ook uit de werkgeversenquête die twee keer per jaar wordt uitgevoerd als onderdeel van het AZW onderzoeksprogramma arbeidsmarkt Zorg en Welzijn, blijkt dat alle zorgbranches bezig zijn met taakherschikking.²⁸ Dat gebeurt om in te spelen op de toekomstige personeelsbehoefte van organisaties. Uit de enquête blijkt dat iets meer dan 28 procent van de zorgorganisaties daarom taken herschikt. Dat gebeurt vooral in gezondheidscentra (42 procent), huisartspraktijken (41 procent) en ziekenhuizen en universitaire medische centra (33 procent).

Kortom, uit de beschikbare onderzoeken blijkt dat verpleegkundig specialisten en physician assistants de afgelopen jaren meer taken van artsen zijn gaan overnemen. Dat gebeurt in vrijwel alle zorgsectoren en het gaat veelal om patiëntgebonden taken. Omdat het aanbod van verpleegkundig specialisten en physician assistants door de subsidieregeling wordt gefaciliteerd, laten de resultaten zien dat de subsidieregeling in dit opzicht haar werk doet.

3.3 Doelen van de subsidieregeling

In beide vorige evaluatierapporten werd geconstateerd dat uit de destijds geraadpleegde onderzoeken blijkt dat de motieven om verpleegkundig specialisten en physician assistants in te zetten, te maken hebben met het aanpakken van de personeelsproblematiek, verbeteren en borgen van de kwaliteit van de zorg, het beheersen van de kosten van de zorg en het vergroten van het loopbaanperspectief voor verpleegkundigen en paramedici. Dit zijn ook de doelen die met de subsidieregeling worden nagestreefd. De laatste jaren is er meer onderzoeksliteratuur beschikbaar gekomen, waaruit blijkt dat de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants bijdraagt aan deze doelen en dat de subsidieregeling dat mogelijk maakt. Dat geldt vooral voor de effecten van de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants op de kwaliteit van zorg. Dat wordt hierna eerst beschreven. Daarna komen het verbeteren van het carrièreperspectief en het opvangen van de noodzakelijke banengroei en vergrijzing aan de orde.

Betere kwaliteit van zorg

Er zijn verschillende definities van de kwaliteit van zorg. Volgens het Amerikaanse Institute of Medicine (IOM) betreft dat de mate waarin de gezondheidszorg voor individuen en populaties de kans op gewenste gezondheidsuitkomsten vergroot en waarbij de zorg conform de huidige

27 Dankers, E.J.C.M, M. Laurant R. Batenburg, A.J. van Vught, F. van der Velde & P. Jeurissen. *Nurse Practitioners and Physician Assistants in the Netherlands: the influence of policies on the workforce 2000-2019*. UNDER REVIEW.

28 Centraal Bureau voor de Statistiek. (2021). *Werkgeversenquête (WGE) zorg en welzijn. Uitkomsten meting 2e kwartaal 2021*. Geraadpleegd op 4 november 2021, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2021/17/azw-uitkomsten-werkgeversenquete-4e-kwartaal-2020>.

professionele kennis wordt uitgevoerd.²⁹ Volgens het IOM gaat het om zorg die wordt gekenmerkt door patiëntveiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid (terugbrengen van wachttijden en schadelijke vertragingen), efficiency (vermijden van verspillingen) en gelijkheid (gelijke zorg zonder verschillen door persoonlijke kenmerken).³⁰

Zoals hiervoor aangegeven, is er in inmiddels veel onderzoeksliteratuur waaruit blijkt dat de verpleegkundig specialisten en physician assistants worden ingezet om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Ook is er meer onderzoek uitgevoerd waaruit duidelijk wordt dat dit ook feitelijk zo is. We presenteren hier eerst in kort bestek de literatuur die in de eerste twee evaluaties is beschreven. Daarna volgen de onderzoeksresultaten op dit gebied, die de afgelopen jaren zijn verschenen.

- Praktijkvoorbeelden van de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants in de huisartsenzorg laten zien dat de belangrijkste aanleiding om dat te doen, de druk op het spreekuur van de arts is.³¹
- Uit onderzoek naar de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants in de revalidatiegeneeskunde, blijkt dat de primaire redenen om verpleegkundig specialisten en physician assistants op te leiden zijn: de continuïteit van zorg verhogen, de werkdruk van de revalidatiearts verlagen en de kwaliteit van zorg verhogen.³²
- Uit een studie naar de relatie tussen taakherschikking en kostprijzen blijkt dat ondanks de financiële drempels die er zijn om verpleegkundig specialisten en physician assistants in te zetten en de belemmeringen op het gebied van wetgeving, verpleegkundig specialisten en physician assistants toch veelvuldig worden ingezet. Volgens de onderzoekers is het meest genoemde argument daarvoor de kwaliteit van zorg.³³
- In onderzoek onder opleiders in ziekenhuizen en huisartsvoorzieningen geeft het merendeel van hen aan dat door het in dienst nemen van een verpleegkundig specialist of physician assistant de kwaliteit van de zorg verbetert, de continuïteit van zorg wordt bevorderd en artsen en arts-specialisten worden ontlast.³⁴
- In 2015 is onderzoek gedaan naar de doelmatigheid en effectiviteit van het wettelijk toekennen van zelfstandige bevoegdheid aan verpleegkundig specialisten en physician assistants om voorbehouden handelingen uit te voeren. Geconcludeerd wordt dat dat bijdraagt aan het efficiënter inrichten van zorgprocessen en dat de zorg wordt uitgevoerd door de hiertoe geschikte professional, wat indicatoren zijn voor doelmatige zorg.³⁵

29 Lohr, Kathleen N. (1990). *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*. Washington: National Academies Press. Geraadpleegd op 19 november 2021, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235466/>.

30 Bron: <http://dz.instantmagazine.com/dz-jaarverslagen/jaarverslag-2015#!/kwaliteit-en-veiligheid>

31 Bronnen:

- Burgt, M.R. van der, Roij, J. van, Derckx, E.W.C.C. & Meulepas, M.A. (2015). *Eindrapport praktijkvoorbeelden: De verpleegkundig specialist in de eerste lijn*. Eindhoven: Stichting KOH.

- Burgt, M.R. van der, Roij, J. van, Derckx, E.W.C.C. & Meulepas, M.A. (2015). *Eindrapport praktijkvoorbeelden: De physician assistant in de eerste lijn*. Eindhoven: Stichting KOH.

32 Vught, Anneke J.A.H. van, Marleen H. Lovink & Miranda G.H. Laurant. (2015). *Taakherschikking binnen de revalidatiegeneeskunde*. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen; 2015

33 Kouwen, A.J. & G.T.J.W. van den Brink. (2014). *Taakherschikking & Kostprijzen. Een onderzoek naar de belemmeringen rondom substitutie*. Nijmegen: Radboudumc.

34 Peters, Frank & Joost van der Horst. (2016). *Belemmeringen bij het opleiden van verpleegkundig specialisten en physician assistants*. Nijmegen: KBA.

35 De Bruijn-Geraets, D.P., Bessems-Beks, M.C.M., van Eijk-Hustings, Y.J.L., Vrijhoef, H.J.M (2015). *voorBIG-houden, Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant*. Maastricht: Maastricht UMC+, Patiënt & Zorg.

- Onderzoek naar de taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg laat zien dat de ontwikkeling van de nieuwe rollen van verpleegkundig specialisten en physician assistants bijdraagt aan de kwaliteit en continuïteit van zorg.³⁶

De onderzoeken die sinds de tweede evaluatie in 2016 zijn verschenen, bevestigen en versterken het beeld dat verpleegkundig specialisten worden ingezet om de kwaliteit van zorg te verbeteren en dat dat ook feitelijk gebeurt.

- Uit het onderzoek van Kouwen et al. (2016) naar de effecten van de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants dat in paragraaf 3.2 is beschreven, blijkt dat de belangrijkste motivatie om verpleegkundig specialisten en physician assistants in te zetten, de kwaliteit van zorg is. Dat argument geldt vooral voor medisch specialisten. Tegelijkertijd is daarbij volgens de onderzoekers sprake van enige terughoudendheid. Dat heeft te maken met de vrees voor honorarium, effecten in het honorarium-verdeelmodel en mogelijke bezuinigingsmaatregelen.³⁷
- In 2017 is onderzoek gedaan naar taakherschikking in de ouderenzorg. Het onderzoek bestond onder andere uit een literatuurstudie, op basis waarvan de onderzoekers concluderen dat taakherschikking effectief is op patiëntniveau en op kwaliteit van zorg. Deze zijn volgens de onderzoekers minimaal van hetzelfde niveau als de zorg die enkel wordt verleend door (huis)artsen of specialisten ouderengeneeskunde.³⁸
- Laurant et al. (2018) onderzochten de impact van verpleegkundigen zoals verpleegkundig specialisten, die als vervanger van huisartsen werken, op onder andere patiëntresultaten. Conclusie van de onderzoekers is dat deze verpleegkundigen waarschijnlijk gelijke of mogelijk zelfs betere kwaliteit van zorg bieden in vergelijking met huisartsen, en waarschijnlijk gelijke of betere gezondheidsresultaten voor patiënten bereiken. Ook bereiken zij waarschijnlijk een hogere patiënttevredenheid dan huisartsen.³⁹
- Van Dusseldorp et al. (2019) onderzochten de ervaringen van patiënten met verpleegkundig specialisten in de oncologische of palliatieve zorg en de waarde die ze daaraan toekennen. De onderzoekers concluderen dat verpleegkundig specialisten veel betekenen voor patiënten. Ze worden gewaardeerd als betrouwbaar, behulpzaam en empathisch. Patiënten voelen zich gesteerd, gerust en in controle door de ondersteuning, begeleiding en aandacht voor hen als persoon en voor aspecten van de ziekte.⁴⁰
- Bureau HHM heeft in 2019 onderzoek gedaan naar factoren die het opleiden en aannemen van verpleegkundig specialisten en physician assistant stimuleren of belemmeren. Het onderzoek is uitgevoerd in de medisch specialistische en acute zorg, revalidatiezorg, huisartsenzorg, ouderenzorg (inclusief verpleeghuiszorg, thuiszorg, eerstelijnsverblijf en geriatrische

36 Wallenburg, I., M Janssen & A. de Bont. (2015). De rol van de verpleegkundig specialist en de physician assistant in de zorg. *Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland*. Rotterdam: Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.

37 Kouwen, A.J., G.T.W.J. van den Brink, P. Kleven, N. Leferink, A van Vught, Y. Grijzen, M. van der Heijden & B. van Acker. (2016). Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk. Nijmegen: Radboudumc.

38 Lovink, M. A. van Vught, G. van den Brink & M. Laurant. (2017). *Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten*. Nijmegen: Radboudumc / HAN.

39 Laurant, Miranda, Mieke van der Biezen, Nancy Wijers, Kanokwaroon Watananirun, Evangelos Kontopantelis & Anneke JAH van Vught (2018). *Nurses as substitutes for doctors in primary care*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 7. Art. No. CD001271. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub3

40 Dusseldorp L. van, M. Groot, M. Adriaansen, A van Vught, K. Vissers & J. Peters. (2019). What does the Nurse Practitioner mean to you? A patient oriented qualitative study in oncological/ palliative care. *Journal of Clinical Nursing*; doi: 10.1111/jocn.14653.

revalidatiezorg) en gehandicaptenzorg. Uit het onderzoek blijkt dat in alle branches het verbeteren van de zorg een (zeer) belangrijke factor is die het opleiden en aannemen van verpleegkundig specialisten en physician assistant stimuleert.⁴¹

- In de Monitor Taakherschikking van de Nederlandse Zorgautoriteit wordt geconstateerd dat taakherschikking in de medisch specialistische zorg, positieve effecten heeft op de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. In de monitor wordt onder andere aangegeven dat beide beroepsgroepen het leveren van kwaliteit van zorg hun grootste meerwaarde vinden.⁴²
- Ook in de gehandicaptenzorg worden verpleegkundig specialisten ingezet om de kwaliteit van leven van cliënten te bevorderen, blijkt onder andere uit de interviews die in het kader van de evaluatie zijn afgenomen. In deze sector zijn veelal agogisch opgeleide medewerkers werkzaam en is sprake van een structureel tekort aan artsen verstandelijk gehandicaptenzorg. Volgens Vermeulen en Van Trigt (2018) missen begeleiders de kennis om problemen op medisch of somatisch gebied tijdig te signaleren en over te dragen.⁴³ De verpleegkundig specialist beschikt daar wel over en heeft bovendien kennis van belangrijke syndroomgerelateerde morbiditeit. Ten opzichte van de arts, die met name medische zorg levert, speelt de verpleegkundig specialist in op de totale leef- en woonsetting van cliënten. In een van de interviews werd hierover opgemerkt dat de positie en rol van de verpleegkundig specialist in de verstandelijke gehandicaptenzorg dan ook volstrekt logisch is.
- Recentelijk is door Van den Brink et al. (2021) via een literatuurstudie onderzocht of physician assistants bijdragen aan een efficiëntere gezondheidszorg.⁴⁴ De literatuurstudie omvatte 39 onderzoeken. In 15 daarvan was de kwaliteit van zorg door een physician assistant vergelijkbaar met die van een arts, in 18 onderzoeken was die hoger. Ook lieten in totaal 29 onderzoeken zien dat zowel de arbeids- als de middelenkosten lager waren wanneer de physician assistant de zorg verleende, dan wanneer de arts dat deed. Conclusie van de onderzoekers is dat physician assistants dezelfde of betere zorgresultaten leveren als artsen. Ze doen dat tegen dezelfde of lagere zorgkosten. Soms was dat te danken aan hun lagere arbeidskosten en in andere gevallen omdat ze effectiever zijn in het verlenen van zorg en andere taken.

In paragraaf 3.2 is beschreven dat verpleegkundig specialisten en physician assistants de afgelopen jaren meer taken van artsen zijn gaan overnemen. Uit de hiervoor beschreven onderzoeken blijkt dat een van de belangrijkste redenen om dat te doen, het verbeteren van de kwaliteit van zorg is. Maar bovendien blijkt dat kwaliteit van zorg niet alleen een motief is om verpleegkundig specialisten en physician assistants in te zetten, maar dat dat ook feitelijk gebeurt.

Beter carrièreperspectief

Dat de nieuwe beroepen een beter carrièreperspectief betekenen voor mensen die al in de zorg werken, blijkt uit de vele interviews in vaktijdschriften met verpleegkundig specialisten en physician assistants en uit de grote belangstelling voor beide opleidingen, zo werd in de eerste

41 Jansen, Patrick & Sylvia Schutte. (2019). *Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en. Totaalbeeld van vijf sectorale deelrapporten.* (z.p.): Bureau HHM.

42 Nederlandse Zorgautoriteit. (2019). *Monitor Taakherschikking. Physician assistants & Verpleegkundig specialisten in de medisch specialistische zorg.* Utrecht: NZa.

43 Vermeulen, D. & M. van Trigt. De verpleegkundig specialist binnen de gehandicaptenzorg: een aanwinst. In; *Dé Verpleegkundig Specialist*, nr. 4, december 2018, p. 25-29.

44 Brink, G.W. T.W.J. van den, S. Hooker, J. Van Vught, H. Vermeulen & G. H. Laurant. (2021). The cost-effectiveness of physician assistants/associates: a systematic review of international evidence. In: *PLoS ONE* 16(11): e0259183

evaluatie van de regeling gesteld. Die evaluatie vond plaats in 2014 en sindsdien is de instroom in beide opleidingen vrijwel elk jaar toegenomen. De behoefte aan carrièremogelijkheden blijkt onder andere uit een onderzoek van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) onder 2.144 verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Daarvan wil bijna zestig procent een carrièrestap zetten. En ruim een kwart van de deelnemers aan het onderzoek wil doorgroeien naar een functie als regieverpleegkundige of verpleegkundig specialist.⁴⁵ Uit de gesprekken met respondenten blijkt dat de carrièreperspectieven in een zorgorganisatie zowel aantrekkelijk zijn voor de eigen werknemers, als de mogelijkheid bieden zorgprofessionals van buiten de sector aan te trekken. Dat geldt bijvoorbeeld voor de gehandicaptenzorg waar werkgevers plaatsen beschikbaar stellen voor verpleegkundig specialisten in opleiding, om te voorzien in het tekort aan artsen verstandelijk gehandicaptenzorg.

RegioPlus, een samenwerkingsverband van de regionale werkgeversorganisaties in zorg en welzijn, is in april 2019 een landelijk uitstroomonderzoek gestart naar de redenen waarom medewerkers vertrekken. Dat wordt onderzocht voor verschillende branches: de geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuizen en universitaire medische centra, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT), gehandicaptenzorg en overige zorg- en welzijnsvoorzieningen (exclusief kinderopvang). Op de VVT na, is in alle branches het gebrek aan loopbaanmogelijkheden de belangrijkste of op een na belangrijkste reden voor medewerkers om te vertrekken. Dit geldt met name voor de groep werknemers van 20 tot 30 jaar en de groep werknemers tot 40 jaar die al na 1 jaar bij hun werkgever vertrekken.⁴⁶

Carrièrekanen bieden is dus van belang om mensen voor de zorg te behouden. Dat is vooral relevant omdat de zorg te maken heeft met een tekort aan zorgverleners. Dat tekort zal de komende jaren toenemen. Zo blijkt uit het Prognosemodel Zorg en Welzijn dat de zorg in 2022 bijna 75.000 mensen tekortkomt. In 2030 is dat tekort naar verwachting verdubbeld.⁴⁷ Ook de Raad Volksgezondheid & Samenleving wijst in haar advies *Applaus is niet genoeg* op het belang van loopbaanperspectief.⁴⁸ De raad heeft onderzocht wat er voor nodig is om te zorgen dat zorgverleners hun werk goed kunnen en blijven doen en constateert dat vooral verzorgenden en verpleegkundigen loopbaanperspectief missen. Volgens de raad spelen veel organisaties nog onvoldoende in op de ontwikkelwensen van individuele medewerkers. Dat is ook een van de uitkomsten van het eerder genoemde onderzoek van de V&VN. Daaruit blijkt dat bijna de helft van de respondenten die willen doorgroeien, zich daarin niet gesteund vindt door de werkgever. Volgens de Commissie Werken in de Zorg, is het bieden van loopbaanperspectief een van de elementen van modern werkgeverschap.⁴⁹ Hieronder verstaat de commissie dat ‘...de werkgever de werknemer (de zorgprofessional) faciliteert en een omgeving creëert waarin goed werk mogelijk wordt gemaakt en de zorgprofessional tot zijn recht komt’.

45 Bron: <https://www.venvn.nl/nieuws/bied-carrierekansen-om-mensen-te-behouden-voor-de-zorg/#>, geraadpleegd op 26 oktober 2021.

46 RegioPlus. (2020). Rapportage Landelijk doorlopend uitstroomonderzoek. Geraadpleegd op 30 oktober 2021, van <https://regioplus.nl/nieuwe-cijfers-landelijk-uitstroomonderzoek-zorg-en-welzijn-bekend/>.

47 Prognosemodel Zorg en Welzijn. Geraadpleegd op 30 oktober 2021, van <https://prognosemodelzw.databank.nl/dashboard/dashboard-branches/totaal-zorg-en-welzijn--breed-/>.

48 Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2020). *Applaus is niet genoeg. Anders erkennen en waarderen van zorgverleners*. Den Haag: RVS.

49 Commissie Werken in de Zorg. *Advies commissie Werken in de Zorg over behoud en betrokkenheid van zorgprofessionals*. Geraadpleegd op 2 november 2021, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/10/31/advies-commissie-werken-in-de-zorg-over-behoud-en-betrokkenheid-van-zorgprofessionals>

Gelet op de genoemde onderzoeken en adviezen is het duidelijk dat de subsidieregeling voorziet in een behoefte. De regeling biedt carrièremogelijkheden voor verpleegkundigen en paramedici met een hbo-opleiding. Vanaf de start van de regeling hebben bijna 8.000 zorgprofessionals daarvan gebruikgemaakt. Werkgevers kunnen van de regeling gebruik maken om medewerkers loopbaanperspectief te bieden en daarmee volgens de Commissie Werken in de Zorg invulling geven aan goed werkgeverschap.

Opvangen banengroei en vergrijzing

Een van de doelen van de in 2003 beoogde effecten met de instelling van de subsidieregeling en andere maatregelen, was het opvangen van de noodzakelijke banengroei en vergrijzing van het personeelsbestand. Eerst de banengroei. Die is nodig om te voorzien in de bestaande behoefte aan zorgprofessionals en in te spelen op de groeiende vraag naar zorg en het verder oplopende tekort aan zorgmedewerkers op de lange termijn. Zo stonden er halverwege 2020 in zorg en welzijn 35.500 vacatures open, waarvan ruim 70 procent moeilijk vervulbaar was.⁵⁰ Voor de lange termijn verwacht de Sociaal Economisch Raad dat in 2040 1 op de 4 werknemers in de zorg moet werken om aan de zorgvraag te voldoen. Nu is dat 1 op de 7.

Dat vacatures moeilijk vervulbaar zijn, komt vooral doordat er te weinig sollicitanten zijn.⁵¹ Uit een overzicht van moeilijk vervulbare vacatures van UWV uit 2019, blijkt dat het in vrijwel alle zorgbranches moeilijk is om verpleegkundig specialisten te vinden.

De belangrijkste maatregelen die zorgwerkgevers vorig jaar hebben genomen om tekorten tegen te gaan was het bieden van stageplaatsen, werknemers opleiden via de beroepsbegeleidende leerweg of duale opleidingstrajecten of nog actiever werven.⁵² Er is overigens ook een groep werkgevers (40 procent) die geen maatregelen heeft genomen.

Wat de vergrijzing betreft, waren er in 2002 2,15 miljoen 65-plussers in Nederland. De verwachting is dat dit aantal in 2030 (over 10 jaar dus) is toegenomen tot 4,25 miljoen.⁵³ De piek van de vergrijzing wordt verwacht in 2040 met 4,6 miljoen 65-plussers. De vergrijzing van de bevolking loopt parallel met die van de beroepsbevolking. Minder jongeren betreden de arbeidsmarkt, terwijl het aandeel oudere werknemers (55-64 jaar) toeneemt.⁵⁴ Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek gaat de vergrijzing in de zorg harder dan gemiddeld. In het eerste kwartaal van 2010 was 17 procent van alle 55-pluswerknemers nog te vinden in zorg en welzijn. Tien jaar later was dat toegenomen tot 20 procent. En in het eerste kwartaal van 2020 was 24 procent van de werknemers 55 jaar of ouder, terwijl dat begin 2010 nog 15 procent was.⁵⁵

50 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020). *Bijlage Monitor Actieprogramma Werken in de Zorg*. Den Haag: VWS.

51 *Moeilijk vervulbare vacatures 2021 – UWV werkgeversonderzoek*. Geraadpleegd op 4 november 2021, van <https://www.flexnieuws.nl/nieuws/moeilijk-vervulbare-vacatures-2021-uwv-werkgeversonderzoek/>

52 Centraal Bureau voor de Statistiek. (2021). *Werkgeversenquête (WGE) zorg en welzijn. Uitkomsten meting november/december 2020*. Geraadpleegd op 4 november 2021, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2021/17/azw-uitkomsten-werkgeversenquête-4e-kwartaal-2020>.

53 Valentijn, Pim. (2019). *De vijf trends in zorg en welzijn die je moet weten*. Geraadpleegd op 19 februari 2020, van <https://www.essenburgh.com/blog/de-vijf-trends-in-zorg-en-welzijn-die-je-moet-weten>

54 <https://eguides.osha.europa.eu/all-ages/BE-nl/why-the-aging-of-the-personnel-stock-is-relevant-for-the-personnel-policy>, geraadpleegd op 4 november 2021.

55 Wijk, Marcel van. (2020). *Arbeidsmarktprofiel van zorg en welzijn*. Geraadpleegd op 3 november 2021, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2020/arbeidsmarktprofiel-van-zorg-en-welzijn?onpage=true>

Gelet op deze demografische veranderingen moeten organisaties volgens de European Agency for Safety and Health Work daarom de volgende maatregelen nemen:

- jonge werknemers aantrekken op een krimpende arbeidsmarkt;
- het steeds grotere aandeel ervaren oudere werknemers aan het werk houden;
- de werkplek aanpassen om de productiviteit te verzekeren;
- de beschikbare kennis en vaardigheden op peil houden en verbeteren.⁵⁶

Uit de werkgeversenquêtes die worden uitgevoerd als onderdeel van het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn, blijkt dat individuele zorgwerkgevers vooral maatregelen nemen die erop zijn gericht om langer doorwerken te faciliteren en stimuleren, werkprocessen anders in te richten om taken gemakkelijker te maken en om de bestaande kennis en vaardigheden op peil te houden.⁵⁷ Uit de enquêtes blijkt ook dat werkgevers gerichte acties ondernemen om bepaalde categorieën personeel te werven. Mogelijk dat het hierbij onder andere gaat om het aantrekken van jongere werknemers, maar daarover geeft de enquête geen uitsluitsel.

Werkgevers blijken op verschillende manieren te proberen om oudere werknemers op een productieve manier aan het werk te houden. In een onderzoek naar de wijze waarop werkgevers dat in 2009 en in 2017 deden, worden vier verschillende typen werkgevers onderscheiden:

- actieve werkgevers, die vooral maatregelen toepassen om oudere werknemers te ondersteunen en activeren, en langer doorwerken te faciliteren
- werkgevers die zich vooral richten op het verminderen van het aantal oudere werknemers in de organisatie, door middel van vervroegd- of deeltijdpensioen, of werktijdvermindering;
- werkgevers die maatregelen nemen om ouderen te activeren en pensioen-gerelateerde maatregelen combineren;
- werkgevers die geen maatregelen nemen die op ouderen zijn gericht.⁵⁸

Uit het onderzoek blijkt dat vergeleken met 2009 er duidelijk sprake is van een proactieve verschuiving van werkgeversbeleid met betrekking tot oudere werknemers. In 2017 nam meer dan 50 procent van de werkgevers maatregelen om ouderen te ondersteunen en activeren. Dat gebeurt zowel in grote als in kleine arbeidsorganisaties.

Uit de beschreven literatuur blijkt dat de zorgsector te maken heeft met oplopende personeelstekorten en een vergrijzend personeelsbestand. Om daarop in te spelen nemen zorgwerkgevers diverse maatregelen. Een van de maatregelen is het herschikken van taken. De subsidieregeling maakt dit mogelijk, ten minste wat betreft het herschikken van taken van artsen naar verpleegkundig specialisten en physician assistants. De subsidieregeling faciliteert het aanbod van zorgprofessionals die dat kunnen doen. Of en hoe werkgevers de subsidieregeling gebruiken om in te spelen op de vergrijzing, kan niet worden vastgesteld. Wel is het denkbaar dat werkgevers de subsidieregeling inzetten om oudere werknemers aan het werk te houden door een deel van hun

56 <https://eguides.osha.europa.eu/all-ages/BE-nl/waarom-de-vergrijzing-van-het-personeelsbestand-relevant-voor-het-personeelsbeleid>, geraadpleegd op 4 november 2011.

57 Centraal Bureau voor de Statistiek. (2021). *Werkgeversenquête (WGE) zorg en welzijn. Uitkomsten meting november/december 2020*. Geraadpleegd op 4 november 2021, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2021/17/azw-uitkomsten-werkgeversenquete-4e-kwartaal-2020>.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2021). *Werkgeversenquête (WGE) zorg en welzijn. Uitkomsten meting 2e kwartaal 2021*. Geraadpleegd op 4 november 2021, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2021/17/azw-uitkomsten-werkgeversenquete-4e-kwartaal-2020>.

58 Oude Mulders, Jaap, Kène Henkens & Konrad Turek. (2019). Werkgevers en vergrijzing. In: *Geron*, Volume 21, nr. 4. Geraadpleegd op 3 november 2021, van <https://gerontijdschrift.nl/artikelen/werkgevers-proactiever-in-omgaan-met-vergrijzing-personeelsbestand/>

taken over de laten nemen of om de beschikbare kennis en vaardigheden op peil te houden en verbeteren (bijvoorbeeld in organisaties of branches met een tekort aan artsen).

3.4 Besteding subsidie

Zoals aangegeven in paragraaf 2.3 voorziet de subsidieregeling in een bedrag van € 22.500 per jaar per opleidingsplaats voor beide opleidingen. Dit bedrag is in zijn geheel bestemd voor de zorgwerkgever bij wie de student de opleiding volgt. De vergoeding is een tegemoetkoming in de kosten die de werkgever maakt omdat studenten een deel van hun aanstelling besteden aan het volgen van de opleiding, maar wel salaris ontvangen. Van de hogeschool ontvangt de zorgwerkgever daarnaast nog een stagevergoeding en een vergoeding voor de begeleiding door de praktijkopleider.

De subsidie wordt vooruitbetaald in maandelijkse termijnen. Na beëindiging van de studie volgt de definitieve vaststelling van de subsidie. De subsidie wordt verstrekt aan de hogeschool, die de gelden ter beschikking stelt aan de werkgever van de student. Zoals aangegeven wordt het totale subsidiebedrag aan de werkgever uitgekeerd; kosten voor de hogescholen die de uitvoering van de regeling met zich meebrengt, maken daarvan geen deel uit. De hogescholen hebben geen zicht op de feitelijke besteding van de subsidie door de werkgever, maar zorgen er alleen voor dat het juiste bedrag op de juiste plek terechtkomt.

Bij het bepalen van de hoogte van de subsidie is VWS ervan uitgegaan dat verpleegkundig specialisten en physician assistants tijdens hun opleiding ook productie leveren en dus geld voor hun werkgever verdienen. De subsidieverstrekker gaat ervan uit dat daarmee zo'n vijftig procent van de kosten wordt gedekt. De vraag is of dit nog steeds zo is, omdat de tegemoetkoming in de salariskosten is vastgesteld in 2012. Sindsdien zijn de lonen in de zorg met bijna 15 procent gestegen.⁵⁹ Bovendien varieert die productie, volgens respondenten. Voor eerstejaarsstudenten is die minder dan voor studenten die verder zijn met hun opleiding. En een van de respondenten geeft aan dat verpleegkundig specialisten en physician assistants die in opleiding zijn bij een huisarts, het eerste jaar niet zelfstandig patiënten zien, dus ook geen geld opleveren. Echt productief in de huisartsenzorg zijn verpleegkundig specialisten en physician assistants pas na hun opleiding, geven respondenten aan.

Net als in beide vorige evaluaties van de subsidieregeling, is op geen enkele manier gebleken dat vergoedingen vanuit de subsidieregeling voor andere doeleinden zouden worden aangewend dan bedoeld: als tegemoetkoming in de kosten die de werkgever maakt omdat studenten een deel van hun aanstelling besteden aan het volgen van de opleiding, maar wel salaris ontvangen.

3.5 Branches en opleiden

Uit de onderzoeken onder alumni van de MANP en MPA blijkt dat verpleegkundig specialisten en physician assistants werkzaam zijn in vrijwel alle zorgbranches. De meeste verpleegkundig spe-

59 Centraal Bureau voor de statistiek. (2021). *Cao-lonen, contractuele loonkosten en arbeidsduur; indexcijfers (2010=100)*. Geraadpleegd op 15 november 2021, van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/82838-NED/table?ts=1636971536144>

cialisten werken in de medisch specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg, physician assistants vooral in de medisch specialistische zorg en huisartsenzorg (zie tabel 5).

Tabel 5 – Werkzame verpleegkundig specialisten en physician assistants in 2019; aantal en fte¹

Werkvelden	Verpleegkundig specialisten		Physician assistants	
	Aantal werkzamen	Aantal fte ¹	Aantal werkzamen	Aantal fte ¹
Medisch specialistische zorg	1.581	1.384	838	752
Huisartsenzorg	309	197	134	91
Wijkzorg en eerstelijnsverblijf	101	51	-	-
Verpleeghuiszorg	421	339	32	27
Ouderenzorg ²	486	389	-	-
Gehandicaptenzorg	49	32	-	-
Revalidatie	51	39	76	61
Sociale geneeskunde	49	39	-	-
Geestelijke gezondheidszorg	1.076	938	11	4
Anders	93	49	30	16
Totaal	3.729 ³	3.066	1.121 ³	951

Bronnen:

- Leemkolk, Brenda van de & Francisca van der Velde. (2019). *Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist*. Utrecht: Prismant.
 - Aalbers, Wesley, Brenda van de Leemkolk & Francisca van der Velde. (2019). *Alumni van de masteropleidingen Physician Assistant*. Utrecht: Prismant.
1. De afkorting fte staat voor fulltime-equivalent. Eén fte is een volledige werkweek.
 2. Dit is een combinatie van de werkvelden verpleeghuiszorg en wijkzorg en eerstelijnsverblijf.
 3. Omdat sommige beroepskrachten in meerdere werkvelden werken is dit totaal hoger dan het totaal aantal werkzame verpleegkundig specialisten (3.494) en physician assistants (1.058) in 2019.

Waarom worden verpleegkundig specialisten en physician assistants in de verschillende branches opgeleid en aangenomen en welke factoren belemmeren dat? Het antwoord op die vraag baseren we op het onderzoek dat daarnaar in opdracht van het Capaciteitsorgaan is uitgevoerd door bureau HHM. Omdat vanwege een zeer beperkte respons de sociale geneeskunde buiten beschouwing bleef en de geestelijke gezondheidszorg niet in het onderzoek is meegenomen, komen deze branches niet aan de orde.

Medisch specialistische zorg

In de medisch specialistische zorg worden verpleegkundig specialisten en physician assistants vooral opgeleid en aangenomen om de zorg te verbeteren. In het geval van physician assistants gaat het dan meestal om het willen inzetten van de juiste professional op de juiste plaats en het borgen van de continuïteit van zorg. Verpleegkundig specialisten worden met name ingezet om aandacht te kunnen besteden aan specifieke patiëntengroepen. Andere redenen om verpleegkundig specialisten en physician assistants op te leiden en aan te nemen, hebben te maken met de arbeidsmarkt (zoals krapte en carrièreperspectief bieden), de veranderende zorgvraag en de bekostiging (zoals de salariskosten ten opzichte van de medisch specialist en afspraken met

zorgverzekeraars). De belangrijkste belemmering voor het opleiden en aannemen van verpleegkundig specialisten en physician assistants is de bekostiging. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de verdeling van de kosten tussen het medisch specialistisch bedrijf (waarbij veel medische specialisten in een ziekenhuis in dienst zijn) en het ziekenhuis.⁶⁰

Huisartsenzorg

Huisartsen leiden verpleegkundig specialisten en physician assistants op of nemen ze aan vanwege redenen die te maken hebben met de arbeidsmarkt, verbetering van de zorg en de veranderende zorgvraag. Wat de arbeidsmarkt betreft, gaat het vooral om de hoge werkdruk, het tekort aan huisartsen en het beperkte aantal huisartsen dat een praktijk wil overnemen. De inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants om de zorg te verbeteren, gebeurt vooral met het oog op het inzetten van de juiste professional op de juiste plek, het borgen van de continuïteit van zorg en het verbeteren van de organisatie van de zorg. Voor verpleegkundig specialisten gaat het ook om het aandacht bieden aan specifieke patiëntgroepen en specifieke verpleegkundige zorg zoals wond- of palliatieve zorg. De behoefte aan verpleegkundig specialisten en physician assistants vanwege de veranderende zorgvraag, betreft zaken als de vergrijzing, de zorg op de juiste plek en de verschuiving van zorg van de tweede lijn naar de anderhalve lijn (samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten) en eerste lijn. De belangrijkste redenen om verpleegkundig specialisten en physician assistants *niet* op te leiden of aan te nemen, zijn de bekostiging en praktische belemmeringen, zoals onvoldoende behandelruimte of andere voorzieningen (zie verder paragraaf 3.6).⁶¹

Wijkzorg en eerstelijnsverblijf, verpleeghuiszorg en ouderenzorg

In deze branches zijn de verbetering van de zorg, de arbeidsmarkt en de veranderende zorgvraag factoren die het opleiden en aannemen van verpleegkundig specialisten en physician assistants stimuleren. Om de zorg te verbeteren, worden verpleegkundig specialisten en physician assistants bijvoorbeeld ingezet om de continuïteit van zorg te optimaliseren of omdat er op locaties geen specialist ouderengeneeskunde is of beperkt beschikbaar is. Verpleegkundig specialisten in de thuiszorg richten zich vooral veel op specifieke doelgroepen, maar daarnaast op tal van andere zaken. Voorbeelden daarvan zijn de aandacht voor specifieke verpleegkundige zorg, kwaliteit van leven en de deskundigheidsbevordering van andere zorgprofessionals. Arbeidsmarktfactoren betreffen vooral het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde of andere zorgprofessionals, de hoge werkdruk waarmee specialisten ouderengeneeskunde te maken hebben en (met name in de thuiszorg) het bieden van carrièreperspectief aan hbo-opgeleide verpleegkundigen. De veranderende zorgvraag stimuleert het opleiden en aannemen van verpleegkundig specialisten en physician assistants, omdat er bijvoorbeeld meer tijd nodig is voor de communicatie met patiënten en hun naasten. Door de veranderende zorgvraag worden verpleegkundig specialisten in de thuiszorg vooral ingezet vanwege de transitie van de tweedelijnszorg naar de anderhalve en eerste lijn en het leveren van zorg op de juiste plek. Factoren die het opleiden en aannemen

60 Bron: Jansen, Patrick & Sylvia Schutte. (2019). *Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en. Deelrapport Medisch Specialistische Zorg.* (z.p.): Bureau HHM.

61 Bron: Jansen, Patrick & Sylvia Schutte. (2019). *Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en. Deelrapport Huisartsen.* (z.p.): Bureau HHM.

van verpleegkundig specialisten en physician assistants het meest belemmeren zijn de onbekendheid met beide beroepen en redenen die met de opleiding of bekostiging te maken hebben. Wat de opleiding betreft, gaat het bijvoorbeeld om het tekort aan opleidingsplaatsen en de onduidelijkheid over toekomstige subsidieregelingen voor het opleiden. Dat de bekostiging een remmende factor kan zijn, komt door het ontbreken of de onduidelijkheid van afspraken over toekomstige financiële vergoedingen.⁶²

Gehandicaptenzorg

De belangrijkste redenen om in deze branche verpleegkundig specialisten en physician assistants op te leiden en aan te nemen is de verbetering van de zorg, de hoge werkdruk van artsen verstandelijk gehandicapten. Ook de situatie op de arbeidsmarkt (het tekort aan artsen en de werkdruk) speelt een rol. Ten slotte wordt gewezen op de veranderende zorgvraag, onder andere vanwege de complexere patiëntenpopulatie. Ook in de gehandicaptenzorg is de onbekendheid met beide beroepen een factor die het opleiden of aannemen van deze beroepen in belangrijke mate belemmert. Ook ziet een deel van de organisaties in deze branche geen noodzaak tot uitbreiding van het aantal of verandering van het type beroepen. Ten slotte speelt de situatie op de arbeidsmarkt een rol. Voorbeelden daarvan zijn dat er te weinig aanbod is van gediplomeerde verpleegkundig specialisten en physician assistants en van verpleegkundig specialisten en physician assistants met ervaring in de gehandicaptenzorg. Ook hebben organisaties soms te weinig hbo-opgeleide verpleegkundigen die een opleiding willen volgen tot verpleegkundig specialist of physician assistant.⁶³

Revalidatiezorg

In de zorg aan mensen met blijvend lichamelijk letsel of een functionele beperking, worden verpleegkundig specialisten en physician assistants vooral ingezet om de zorg te verbeteren, vanwege arbeidsmarktgerelateerde factoren en zaken die te maken hebben met de bekostiging. Verbetering van de zorg betreft vooral het aandacht besteden aan specifieke verpleegkundige zorg en specifieke groepen, het verbeteren van de organisatie en het borgen van de continuïteit van zorg. Arbeidsmarktgerelateerde factoren zijn de hoge werkdruk van de medisch specialist, het tekort aan medisch specialisten en de beperkte mogelijkheden om artsen in opleiding tot specialist in te zetten voor de continuïteit van zorg. Wat de bekostiging betreft wordt het opleiden en aannemen van verpleegkundig specialisten en physician assistants gestimuleerd door de lagere salariskosten van deze beroepsgroepen, het zelfstandig kunnen openen en sluiten van diagnose-behandelcombinaties (zie voor uitleg daarvan voetnoot 19) en de doelmatigheid van zorg. Factoren die het opleiden en aannemen van verpleegkundig specialisten en physician assistants in de weg staan, hebben vooral te maken met hun opleiding en de kwaliteit van zorg. Wat het opleiden betreft, gaat het met name om het tekort aan opleidingsplaatsen, de onbekendheid met of onduidelijkheid van subsidieregelingen en de tijdsinvestering die het opleiden kost en/of de administratieve belasting daarvan. Bij de kwaliteit van zorg gaat het om twijfels aan de competenties van

62 Bron: Jansen, Patrick & Sylvia Schutte. (2019). *Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en. Deelrapport Ouderenzorg.* (z.p.): Bureau HHM.

63 Bron: Jansen, Patrick & Sylvia Schutte. (2019). *Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en. Deelrapport Gehandicaptenzorg.* (z.p.): Bureau HHM.

verpleegkundig specialisten en physician assistants en twijfels over het behoud van kwaliteit van zorg.⁶⁴

3.6 De subsidieregeling in de huisartsenzorg en geestelijke gezondheidszorg

De subsidieregeling geldt voor alle branches en de tegemoetkoming voor het buitenschoolse deel van de opleiding is dan ook voor alle branches even hoog. In twee branches stuit dat op problemen; in de huisartsenzorg en in de geestelijke gezondheidszorg. In de huisartsenzorg draagt de subsidieregeling volgens werkgevers (met name van solopraktijken) onvoldoende bij aan de kosten die gepaard gaan met het opleiden van verpleegkundig specialisten en physician assistants. Dit belemmert het opleiden van verpleegkundig specialisten en physician assistants, die juist in de huisartsenzorg hard nodig zijn. In de geestelijke gezondheidszorg staat het gebruik van de regeling onder druk omdat zorgwerkgevers van studenten van de Opleidingsinstelling Geestelijke Gezondheidszorg Verpleegkundig Specialist (GGZ-VS) een veel hogere vergoeding voor de opleidingskosten ontvangen. Dat komt omdat deze opleiding vanuit een andere regeling wordt gefinancierd. Opleidingscoördinatoren merken dat zorgwerkgevers in de geestelijke gezondheidszorg daarom steeds meer geneigd zijn van de driejarige opleiding (GGZ-VS) gebruik te maken, in plaats van de tweejarige MANP.

Huisartsenzorg

Om de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants in de huisartsenzorg te stimuleren, is in 2013 als aanvulling op de subsidieregeling van VWS het project 'Versterking Opleiding Verpleegkundig Specialist (VS) en Physician Assistant (PA) huisartsenzorg' gestart. Het project wordt uitgevoerd door de Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH). Aanleiding voor het project was de achterblijvende inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants in de huisartsenzorg. Die zijn daar juist nodig vanwege de hoge werkdruk en oplopende zorgvragen, continuïteit, krappe arbeidsmarkt en kosten, waarmee de eerste lijn te maken heeft en krijgt. Voor huisartspraktijken blijkt het echter lastig te zijn om een opleidingsplaats te realiseren, met name vanwege financiële belemmeringen. Er is namelijk een aanzienlijk verschil in de kosten die de huisarts maakt met het aanstellen en opleiden van een verpleegkundig specialist of physician assistant en de vergoeding die daarvoor vanuit de subsidieregeling beschikbaar is. Daarnaast zijn er de werkgeversrisico's, die komen kijken bij het in dienst nemen van personeel. Zoals eerder aangegeven bedraagt de vergoeding vanuit de subsidieregeling € 22.500 per jaar per opleidingsplaats. Daarnaast ontvangt de huisarts van de hogeschool nog een vergoeding voor de begeleiding als praktijkopleider van circa € 3.500. In totaal is dat een bedrag van € 26.000. Bij inschaling van een verpleegkundig specialist of physician assistant in bijvoorbeeld schaal 7 van de cao-huisartsenzorg komen de jaarlijkse loonkosten uit op € 50.689 tot € 66.638. Er resteert dan een bedrag van circa € 24.700 tot € 40.600 per jaar, dat voor rekening komt van de huisarts.⁶⁵

64 Bron: Jansen, Patrick & Sylvia Schutte. (2019). *Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en. Deelrapport Revalidatiezorg.* (z.p.): Bureau HHM.

65 Voor de inschaling van verpleegkundig specialisten en physician assistants zijn geen landelijke afspraken. Zoals aangegeven is salarisschaal 7 (minimaal € 3.099 en maximaal € 4.074 per maand) een voorbeeld. Het is goed mogelijk dat studenten worden aangesteld in een hogere salarisschaal. Dat is onder meer afhankelijk van hun opleiding en ervaring en het salaris dat ze daarvoor ontvingen. Bij een hogere inschaling nemen de loonkosten voor de huisarts uiteraard toe.

Daarnaast moet de huisarts nog de nodige uren aan opleiding in de praktijk investeren, die bij lange na niet vergoed worden door de tegemoetkoming van € 3.500 die daar tegenover staat. De huisarts kan in de opleidingsuren geen patiënten zien en aldus geen inkomsten genereren. Bovendien heeft hij of zij ook nog te maken met zaken als overheadkosten en uitgaven voor het inrichten van een praktijkruimte. Volgens informatie vanuit KOH kan het tekort voor een huisartsorganisatie oplopen tot 80.000 à 100.000 euro.

Praktische belemmeringen voor het opleiden van verpleegkundig specialisten of physician assistants, hebben te maken met de kleinschaligheid van de huisartspraktijk in combinatie met de relatief grote tijdsinvestering die gemoeid is met de begeleiding. Daarnaast kost het tijd om een student in te passen in de organisatie (omdat werkprocessen moeten worden gewijzigd) en moeten er voldoende spreekkamers zijn. En huisartsenposten, die alleen buiten kantooruren zorg bieden, zijn afhankelijk van (het vinden van) huisartspraktijken die willen helpen de student in de dagpraktijk op te leiden en over de benodigde randvoorwaarden beschikken.

Binnen het project van KOH, kunnen huisartsen(organisaties) een aanvraag doen voor een extra financiële tegemoetkoming, aanvullend op het bedrag vanuit de reguliere subsidieregeling. De aanvulling is beter bekend als de zogenoemde 'stimuleringsubsidie'. Overigens is de businesscase daarmee niet sluitend voor de huisarts. Er is nog steeds sprake van een eigen investering, vanuit de gedachte dat daarmee wordt geïnvesteerd in een toekomstig teamlid voor de praktijk of post. In de periode 2013-2021 zijn met de subsidieregeling en het project 444 extra werkplekken gerealiseerd.⁶⁶

Toch zijn er huisartsen voor wie de kosten die resteren als daarvan de tegemoetkoming vanuit de subsidieregeling, de vergoeding van de hogeschool en de bijdrage uit het project van KOH worden afgetrokken, nog steeds een belemmering vormen om verpleegkundig specialisten of physician assistants op te leiden. In Twente bijvoorbeeld, is de Federatie Eerstelijnszorg Almelo en omstreken daar onlangs mee gestopt. Bij de federatie zijn negen huisartsencoöperaties (huisartsen in een bepaald gebied) en de Centrale Huisartsenpost Almelo aangesloten. De afgelopen tijd werden wél nieuwe verpleegkundig specialisten en physician assistants opgeleid, wat mogelijk was omdat zorgverzekeraar Menzis vanaf mei 2020 de opleidingen meefinancierde. Doel daarvan was om de huisartsenzorg in de regio Twente op peil te houden. Huisartsen ontvingen van Menzis een bijdrage van € 22.500 per jaar per student. Voor al opgeleide verpleegkundig specialisten en physician assistants, die overstapten van de tweede- naar de eerstelijnszorg, kregen huisartsen eenmalig € 5.000 voor de inwerkperiode. Met ingang van september 2021 financiert Menzis geen nieuwe opleidingsplekken meer, waardoor de huisartsen in de regio Twente zich gedwongen zien om met het opleiden van nieuwe kandidaten te stoppen. De behoefte aan verpleegkundig specialisten en physician assistants is er volgens een geïnterviewde huisarts uit de regio wel degelijk en er zijn ook kandidaten. Maar na het wegvallen van de bijdrage van Menzis vinden de huisartsen de kosten eenvoudigweg te hoog. De zorgverzekeraar geeft desgevraagd aan te zijn gestopt met het meefinancieren van de opleidingen omdat ze vinden dat hiervoor een landelijk dekkende regeling moet komen, zodat aanvullende financiering vanuit de zorgverzekeraar niet meer nodig is.

66 Informatie op verzoek aangeleverd door de Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg.

Geestelijke gezondheidszorg

Studenten kunnen op twee manieren worden opgeleid tot verpleegkundig specialist in de geestelijke gezondheidszorg (physician assistants zijn er nauwelijks in deze branche). Dat kan ten eerste via de tweejarige opleiding MANP. Er zijn zes hogescholen die de MANP meer of minder specifiek aanbieden voor de geestelijke gezondheidszorg. De tweede manier is via de driejarige opleiding Geestelijke Gezondheidszorg Verpleegkundig Specialist (GGZ-VS), die uitsluitend verpleegkundig specialisten opleidt voor de geestelijke gezondheidszorg. Hierbij gaat het om één opleidingsinstituut. Beide opleidingen zijn geaccrediteerd door de Nederlands-Vlaamse Accreditatie Organisatie. Dat betekent dat de kwaliteit van beide opleidingen aan de wettelijke eisen voldoet. Het curriculum is in beide opleidingen gericht op het *Landelijk opleidingsprofiel van de opleiding tot verpleegkundig specialist* dat in 2020 in opdracht van het Landelijk Opleidingsoverleg MANP is opgesteld.

De zorgwerkgever bij wie een verpleegkundig specialist de opleiding MANP volgt en in dienst is, ontvangt vanuit de subsidieregeling een tegemoetkoming in de kosten die de werkgever maakt omdat studenten een deel van hun aanstelling besteden aan het volgen van de opleiding, maar wel salaris ontvangen. Dat is € 22.500 per jaar. Volgt een verpleegkundig specialist de opleiding GGZ-VS, dan ontvangt diens werkgever een vergoeding vanuit de beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgoedingen van € 83.000 per jaar. Behalve de salariskosten van de verpleegkundig specialist in opleiding, is die vergoeding ook bedoeld om de kosten te dekken van het colleggeld, de inzet van de opleiders-groep en de overheadkosten.⁶⁷ De totale vergoeding voor de werkgever bedraagt bij de tweejarige MANP € 45.000 en bij de driejarige GGZ-VS € 249.000.

Uit gesprekken met opleidingscoördinatoren van de MANP blijkt dat zij merken dat zorgwerkgevers in de geestelijke gezondheidszorg meer dan voorheen geneigd zijn om met de driejarige variant in zee te gaan, terwijl zij voorheen voor de opleiding MANP kozen. Volgens de opleidingscoördinatoren met wie daarover is gesproken, overwegen ook werkgevers die al vele jaren naar volle tevredenheid gebruikmaken van de tweejarige opleiding, daarmee te stoppen. Dat komt volgens hen door het enorme financiële verschil tussen de vergoedingen. Drie hogescholen hebben vanwege de teruglopende aanmeldingen inmiddels moeten besluiten het specialisme geestelijke gezondheidszorg niet meer aan te bieden. Ook de respondent van de brancheorganisatie in de geestelijke gezondheidszorg geeft aan dat werkgevers in de branche meer en meer de voorkeur geven aan de driejarige opleiding GGZ-VS. Volgens deze respondent gaat het hierbij juist om het verschil in kwaliteiten van de professionals die de twee- of driejarige opleiding hebben gevolgd.

3.7 Risico's en knelpunten

Uit het onderzoek, met name uit de gesprekken die daarover met de respondenten zijn gevoerd, blijkt niet dat er risico's aan de regeling te zitten. De vergoeding vanuit de subsidieregeling wordt door de hogescholen doorbetaald aan de zorgwerkgever waarbij een verpleegkundig specialist of physician assistant het praktijkdeel van de opleiding volgt. De hogescholen controleren of studenten aan de criteria voldoen om zich te kunnen inschrijven en vragen de subsidie aan. VWS

67 Nederlandse Zorgautoriteit. (z.j.). *Welke kosten vergoedt de beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgoedingen in de ggz?* Geraadpleegd op 7 december 2021 van www.nvzgp.nl >Informatiekaart-NZa.

betaalt de subsidie in maandelijkse voorschotten aan de hogescholen die dat bedrag doorbetalen aan de zorgwerkgever. De definitieve vaststelling van de subsidie vindt plaats 3 jaar nadat de subsidie is verstrekt. De aanvraag tot vaststelling van de subsidie moet vergezeld gaan van een accountantsverklaring, waarin wordt aangegeven dat de subsidie daadwerkelijk is doorbetaald aan een zorgwerkgever die daar recht op heeft. Dat is het geval als er voor de duur van de opleiding een leer/arbeidsovereenkomst is gesloten tussen de student en de werkgever. Daarnaast wordt in de accountantsverklaring aangegeven hoeveel maanden een student is opgeleid in de periode waarvoor de subsidie is verleend en hoeveel diploma's door de hogeschool zijn afgegeven. Het gebruik van de gelden door de werkgever wordt niet gecontroleerd. Maar als dat al gebeurt voor andere doeleinden dan het compenseren van (een deel van) de salariskosten, dan moeten die kosten alsnog volledig door de werkgever worden opgebracht.

Geen risico's dus, maar wel blijkt sprake te zijn van verschillende knelpunten bij het gebruik van de subsidie. De knelpunten zijn:

- de hoogte van de tegemoetkoming, die bijna tien jaar geleden is vastgesteld en sindsdien niet meer is aangepast; de salarissen van verpleegkundig specialisten en physician assistants zijn sindsdien wel gestegen, waardoor de kosten voor de werkgever oplopen;
- de vraag naar verpleegkundig specialisten en physician assistants, die groter is dan het aantal opleidingsplaatsen dat vanuit de subsidieregeling beschikbaar is;
- in de huisartsenzorg de hoogte van het subsidiebedrag per opleidingsplaats; dit vormt een obstakel om verpleegkundig specialisten en physician assistants op te leiden, omdat veel huisartsen niet in staat zijn de resterende kosten voor hun rekening te nemen;
- in de geestelijke gezondheidszorg ontvangen werkgevers van verpleegkundig specialisten die de driejarige opleiding GGZ-VS volgen, een veel hogere tegemoetkoming in de kosten die ze maken dan in het geval van de tweejarige opleiding MANP, waardoor werkgevers meer en meer gebruik gaan maken van de driejarige opleiding;
- het tijdelijke karakter van de subsidieregeling, waardoor het voor zorgwerkgevers steeds weer afwachten is of die zal worden voortgezet;
- de kosten en administratieve belasting van de regeling voor de hogescholen.

We lichten deze knelpunten hieronder toe.

Vergoeding niet gestegen, salarissen wel

De tegemoetkoming in de kosten die de zorgwerkgever maakt omdat studenten een deel van hun aanstelling besteden aan het volgen van de opleiding, maar wel salaris ontvangen bedroeg in eerste instantie € 1.750 per student per maand. In 2012 is dat bedrag verhoogd naar € 1.875. Zoals beschreven in paragraaf 2.3 werd daarmee tegemoetgekomen aan de stijging van de buitenschoolse kosten van de opleiding. De vergoeding van € 1.875 geldt nog steeds, terwijl sinds 2012 de lonen in de zorg met bijna 15 procent zijn gestegen. Verschillende opleidingscoördinatoren geven aan dat de regeling op dit punt nodig moet worden bijgesteld. Dat geldt zeker voor de branches waarin werkgevers aangeven dat de bekostiging een remmende factor is voor het opleiden van verpleegkundig specialisten. Dat zijn met name de wijkzorg en eerstelijnsverblijf, verpleeghuiszorg en ouderenzorg en de huisartsenzorg. Dit zijn juist de branches waarin verpleegkundig specialisten en/of physician assistants hard nodig zijn (zie hierna).

Vraag naar opleidingsplaatsen groter dan beschikbaarheid

Met ingang van het studiejaar 2013-2014 worden vanuit de subsidieregeling jaarlijks 700 opleidingsplaatsen bekostigd voor eerstejaars studenten (in 2019-2020 eenmalig met 74 plaatsen verhoogd). Het Capaciteitsorgaan verwacht dat dit aantal onvoldoende is om de komende jaren aan de vraag naar verpleegkundig specialisten en physician assistants te kunnen voldoen. Dat geldt voor alle sectoren, maar met name voor de huisartsenzorg. In deze branche zouden veel meer verpleegkundig specialisten en physician assistants moeten instromen dan de afgelopen jaren het geval was, om een evenwicht tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt te bereiken en behouden.⁶⁸ In de ouderenzorg zijn de komende jaren vooral meer verpleegkundig specialisten nodig. Hoe groot is het verschil tussen het aantal beschikbare opleidingsplaatsen en het aantal dat volgens de prognoses van het Capaciteitsorgaan nodig is? Om te beginnen het aantal instromers in de opleiding tot verpleegkundig specialist in de algemene gezondheidszorg (de MANP), dus exclusief de geestelijke gezondheidszorg. In deze opleiding zouden jaarlijks 442 tot 672 studenten moeten instromen. Het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan bedraagt 442 instromers per jaar.⁶⁹ Voor de verpleegkundig specialisten in de geestelijke gezondheidszorg, die kunnen worden opgeleid via de opleidingen MANP en de GGZ-VS, is het advies om in beide opleidingen samen jaarlijks 235 studenten te laten instromen.⁷⁰ Wat de MPA betreft, adviseert het Capaciteitsorgaan jaarlijks 190 tot 261 studenten te laten instromen. Het voorkeursadvies is 261 instromers per jaar.⁷¹ De adviezen betekenen dat er jaarlijks in totaal 938 studenten zouden moeten instromen in de opleidingen MANP, MPA en de GGZ-VS. Dat aantal ligt ruim boven de 700 opleidingsplaatsen die momenteel worden gesubsidieerd voor de MANP en MPA en de 115 opleidingsplaatsen voor de GGZ-VS⁷². Uit de kamerbrief met de reactie van VWS en OCW op het advies om de instroom in beide opleidingen te verhogen, wordt aangegeven dat vanwege het ontbreken van financiële middelen daarvoor, het advies niet kon worden gehonoreerd.⁷³

De vraag naar opleidingsplaatsen blijkt ook uit de aanmelding van studenten voor de opleidingen. De meeste hogescholen geven desgevraagd aan, dat ze voor de opleidingen een wachtlijst hebben voor studenten. Dat is bijna elk jaar het geval. Bij sommige hogescholen staan er net zoveel kandidaten op de wachtlijst, als er opleidingsplaatsen bezet zijn. Alle hogescholen zouden meer studenten kunnen en willen opleiden dan ze momenteel doen. Als dat zover komt, zou dat volgens sommige opleidingscoördinatoren wel geleidelijk moeten gebeuren, om ervoor te zorgen dat de kwaliteit van opleidingsplaatsen niet onder druk komt te staan.

68 Bronnen :

- Capaciteitsorgaan. (2019). *Capaciteitsplan 2021-2024. Deelrapport 9b. Verpleegkundig Specialist Algemene Gezondheidszorg (AGZ)*. Utrecht: Capaciteitsorgaan.
- Capaciteitsorgaan. (2019). *Capaciteitsplan 2021-2024. Deelrapport 9a. Physician assistant*. Utrecht: Capaciteitsorgaan.

69 Drenth, J.P.H. (2020, 3 april). *Bijgesteld advies Capaciteitsplan 2021-2024*. [Brief aan de minister van VWS]. Utrecht: Capaciteitsorgaan.

70 Drenth, J.P.H. (2020, 20 november). *Bijgestelde instroomadviezen voor de beroepen Geestelijke Gezondheid en psychiaters* [brief aan de minister van VWS]. Utrecht: Capaciteitsorgaan.

71 Capaciteitsorgaan. (2019). *Capaciteitsplan 2021-2024. Deelrapport 9a. Physician assistants*. Utrecht: Capaciteitsorgaan.

72 Ark, Tamara van & Ingrid van Engelshoven. (2020, 24 december). *Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector*. [Kamerbrief]. Geraadpleegd op 29 september 2021, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/werken-in-de-zorg/documenten/kamerstukken/2020/12/24/capaciteitsplan-2021-2024>.

73 Ibidem.

Bij de totstandkoming van het instroomadvies voor de opleidingen MANP en MPA van het Capaciteitsorgaan, zijn diverse trends bepalend geweest. Voorbeelden daarvan zijn de huidige krapte op de arbeidsmarkt, de oplopende zorgvraag door de bevolkingsgroei en vergrijzing en de toenemende behoefte aan een zelfstandig handelende professional in de regio.⁷⁴ Een van de respondenten geeft aan te verwachten dat de vraag naar verpleegkundig specialisten en physician assistants ook zal toenemen door het veranderende arbeidsethos bij medisch specialisten. Waar die volgens de respondent voorheen rustig tachtig of meer uur per week werkten, ‘...willen die nu naast welvaart ook welzijn nastreven in hun eigen werkende leven’.

Belemmeringen in de huisartsenzorg

Zoals ook in de vorige evaluatie van de subsidieregeling beschreven, blijkt het vooral in de huisartsenzorg lastig te zijn om opleidingsplaatsen te realiseren. Dat heeft ook te maken met de kleinschaligheid van de huisartspraktijk in combinatie met de relatief grote tijdsinvestering die gemoeid is met de begeleiding. Daarnaast kost het tijd om een student in te passen in de organisatie omdat werkprocessen moeten worden gewijzigd en moeten er voldoende spreekkamers zijn. En huisartsenposten, die alleen buiten kantooruren zorg bieden, zijn afhankelijk van (het vinden van) huisartspraktijken die willen helpen de student in de dagpraktijk op te leiden en over de benodigde randvoorwaarden beschikken.⁷⁵

Uit onderzoek uit 2015 bleek dat de loonkosten van een verpleegkundig specialist in een huisartspraktijk destijds € 48.524 per jaar bedroegen en van een physician assistant € 56.508 per jaar.⁷⁶ Daarmee dekte de subsidieregeling respectievelijk 46 en 40 procent van de kosten van de werkgever. Zoals in paragraaf 3.4 beschreven is het bedrag van de kosten die resteren na aftrek van de vergoedingen die beschikbaar zijn, voor veel huisartsen een niet te nemen hindernis om verpleegkundig specialisten of physician assistants op te leiden. Dat blijkt onder andere uit onderzoek naar factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het aannemen en opleiden van verpleegkundig specialisten en physician assistants. Het onderzoek is uitgevoerd in de medisch specialistische en acute zorg, revalidatiezorg, huisartsenzorg, ouderenzorg en gehandicaptenzorg. Uit de resultaten blijkt dat voor de huisartsenzorg de bekostiging de grootse remmende factor is om verpleegkundig specialisten of physician assistants aan te nemen of op te leiden. Dat vormt voor bijna de helft van de onderzochte huisartspraktijken en huisartsenposten een belemmering. In geen van de andere zorgsettingen is dit percentage zo hoog. De huisartsenzorg is ook de sector met het hoogste aandeel respondenten (79 procent) dat vindt dat de arbeidsmarkt voor zorgprofessionals (bijvoorbeeld werkdruk, krapte op de arbeidsmarkt of het bieden van carrièreperspectief) de factor is die het aannemen of opleiden van verpleegkundig specialisten of physician assistants het meest stimuleert.⁷⁷

De bekostiging speelt ook een rol bij het maken van de afweging bij het bepalen welk type zorgprofessional wordt opgeleid. In de tweede evaluatie is er al op gewezen dat de opleiding van een

74 Bronnen: zie voetnoot 68.

75 Biezen, M.G.M. van der, E.W.C.C. Derckx, H. Vermeulen & M.G.H. Laurant (2017). *Versterking opleiding VS en PA in de huisartsenzorg*. Nijmegen/Eindhoven: Radboudumc IQ healthcare/KOH.

76 Burgt, M.R. van der, Roij, J. van, Derckx, E.W.C.C. & Meulepas, M.A. (2015). *Eindrapport praktijkvoorbeelden: De verpleegkundig specialist in de eerste lijn*. Eindhoven: Stichting KOH.

77 Jansen, Patrick & Sylvia Schutte. (2019). *Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en. Totaalbeeld van vijf sectorale deelrapporten*. (z.p.): Bureau HHM.

huisarts financieel veel gunstiger uitpakt. De huisarts in opleiding is namelijk in dienst bij de Stichting beroepsopleiding huisartsen (SBOH), zodat de loonkosten en het werkgeversrisico niet voor rekening van de huisarts komen. Ook ontvangt de huisarts van SBOH een opleidersvergoeding als tegemoetkoming in de kosten voor praktijkinrichting en praktijkorganisatie. De vergoeding bedraagt momenteel € 10.224 per jaar voor opleiders van een eerstejaars student en € 8.580 per jaar voor overige opleiders.⁷⁸ Dit maakt het voor huisartsen interessanter om te kiezen voor een huisarts in opleiding.

Verschillende vergoedingen in de geestelijke gezondheidszorg

Zoals in paragraaf 3.6 al is beschreven, bestaan in deze branche verschillende vergoedingen als tegemoetkoming in de kosten van de opleiding voor de werkgever. Bij de MANP is dat € 22.500 per jaar, wat een vergoeding is voor de dagen waarop deelnemers uit de zorgsector niet beschikbaar zijn voor de werkgever vanwege het volgen van hun masteropleiding, maar wel salaris ontvangen. Bij de opleiding GGZ-VS gaat het om € 83.000 per jaar. Behalve voor de salariskosten, is dit ook een vergoeding van de kosten van het collegegeld, inzet van de opleidersgroep en overheadkosten. De totale vergoeding bij de tweejarige MANP bedraagt € 45.000 en bij de driejarige GGZ-VS € 249.000. Uit gesprekken met opleidingscoördinatoren van de MANP blijkt dat zij merken dat zorgwerkgevers in de geestelijke gezondheidszorg meer dan voorheen geneigd zijn om met de driejarige opleiding in zee te gaan. De respondent van de werkgeversorganisatie in de geestelijke gezondheidszorg bevestigt dat. Maar waar de opleidingscoördinatoren wijzen op het enorme verschil tussen de hoogte van beide vergoedingen, die de voorkeur van zorgwerkgevers zou bepalen, wijst de respondent van de werkgeversorganisatie op het verschil in kwaliteit van verpleegkundig specialisten van de twee- en driejarige opleiding. Hoe het ook zij, het is op z'n minst bijzonder dat er twee opleidingen zijn die beide leiden tot hetzelfde beroep, dat die verschillen in opleidingsduur en dat voor elk van beide opleidingen een aparte subsidieregeling bestaat van waaruit de opleidingskosten van de werkgever wordt vergoed en dat de bedragen daarvan aanzienlijk uiteenlopen.

Het tijdelijke karakter van de regeling

In eerste instantie was er voor beide opleidingen een aparte subsidieregeling. Die zouden lopen tot 2006, tevens het jaar waarin de regelingen zijn samengevoegd. Sindsdien is een aantal malen een nieuwe einddatum vastgesteld (zie tabel 6).

Tabel 6 – Wijzigingen van de einddatum van de subsidieregeling

Jaar	Einddatum
2004	2006
2006	Subsidieregeling wordt gecontinueerd, zonder dat een einddatum wordt genoemd.
2014	1 juli 2017
2017	1 juli 2022
2021	1 juli 2023

⁷⁸ Bron: <https://www.sboh.nl/opleiding-huisarts/huisartsopleiders>, geraadpleegd op 18 november 2021.

Uit de interviews en informatie van opleidingscoördinatoren blijkt dat het tijdelijke karakter van de regeling, ten minste voor een deel van de zorgwerkgevers belemmerend werkt bij het opleiden van verpleegkundig specialisten en physician assistants. Opleidingscoördinatoren geven aan dat werkgevers steeds denken dat de regeling stopt, dat de einddatum zorgt voor onrust en dat hogescholen daar regelmatig vragen over krijgen (bijvoorbeeld waarom de huidige verlenging maar één jaar duurt). Volgens een enkele opleidingscoördinator verklaart dat ook de afname van de instroom in de opleiding van een paar jaar geleden. Een van de respondenten pleit ervoor de regeling structureel te maken of voor langere tijd vast te stellen, bijvoorbeeld voor tien jaar. Volgens de respondent stelt dat instellingen in staat om een visie op inzet en opleiden te ontwikkelen, wat nu nog te fragmentarisch gebeurt.

Er zijn overigens ook opleidingscoördinatoren en respondenten van werkgeversorganisaties, die aangeven niet te merken dat het tijdelijke karakter van de regeling voor zorgwerkgevers een beletsel zou zijn om opleidingsplaatsen aan te bieden. Ook uit het onderzoek van Bureau HHM naar belemmerende en bevorderende factoren voor het opleiden en aannemen van verpleegkundig specialisten en physician assistants (zie paragraaf 3.5), blijkt dit niet in alle branches hetzelfde te zijn. Onduidelijkheid over (toekomstige) subsidieregelingen blijkt vooral te spelen in de wijkzorg en eerstelijnsverblijf, verpleeghuiszorg en ouderenzorg en revalidatiezorg.

De kosten en administratieve belasting van de regeling voor de hogeschool

Zoals in paragraaf 3.4 beschreven, wordt de subsidie die VWS verstrekt, via de hogescholen doorbetaald aan de zorgwerkgever. Met de groei van de instroom is ook het werk toegenomen dat de subsidieregeling met zich meebrengt voor opleidingscoördinatoren en financiële afdelingen van de hogescholen. Dat zit in het controleren en op orde brengen van de studentendossiers (dat van belang is voor de controle door de accountant) en vooral in het ervoor zorgen dat werkgevers tijdig en correct factureren. Dat levert extra werk op omdat dit een aparte administratie op studentniveau vereist. Ook kost het extra tijd als studenten tijdelijk of definitief met de opleiding stoppen, tijdens de opleiding van werkgever veranderen of (maar dat komt niet veel voor) als er onduidelijkheden in de regeling zijn. Een voorbeeld van dat laatste is de vraag of een student de opleiding bij twee huisartsen kan volgen, die allebei werkgever zijn.

Ter illustratie staat in tabel 7 een overzicht van de tijd die uitvoering van de regeling vraagt en de kosten daarvan. Dit overzicht is opgesteld door een hogeschool die beide opleidingen aanbiedt. In het studiejaar 2020-2021 stonden daarbij in totaal 322 studenten ingeschreven.

Tabel 7 – Voorbeeld van de tijd die het een hogeschool kost om de regeling uit te voeren voor de opleidingen MANP en MPA samen en de kosten daarvan

Functionarissen	Fulltime eenheden (fte)	Personeelskosten per fte (euro's)	Kosten (euro's)
Medewerkers afdeling Grootboek	1,00	70.000	70.000
Support MANP	0,35	70.000	24.500
Support MPA	0,35	70.000	24.500
Business Control	0,05	110.000	5.500
Opleidingsmanagement	0,10	110.000	11.000
Kosten accountant			7.200
Totaal			142.700

De subsidieregeling voorziet niet in een tegemoetkoming in deze kosten; het volledige bedrag vanuit de regeling is bestemd voor de zorgwerkgever.

Een deel van de belasting heeft te maken met het tijdstip waarop de controle door het accountantsrapport moet plaatsvinden. Voor het cohort studenten van de MPA dat in maart het diploma behaalt, moet voor 1 juli van dat jaar de aanvraag voor de subsidievaststelling bij VWS binnen zijn. Dat is dus drie maanden nadat de opleiding is afgerond. De ervaring is dat die periode erg kort is om de studentendossiers op orde te hebben, ervoor te zorgen dat alle bijbehorende facturen van de werkgever zijn ingediend en vervolgens het accountantsonderzoek uit te voeren. Volgens een van de controllers zou de hogeschool er erg mee geholpen zijn, als hiervoor meer tijd zou zijn en de aanvraag voor de subsidievaststelling bijvoorbeeld een jaar later zou kunnen worden ingediend.

Afgezien van de tijd die uitvoering van de regeling kost, geven respondenten ook aan dat die goed uitvoerbaar is en dat de afhandeling daarvan over het algemeen probleemloos verloopt. Bovendien wordt erop gewezen dat het bij de acquisitie van opleidingsplaatsen een sterk punt is dat de hogeschool de subsidie voor de zorgwerkgever regelt en bewaakt.

3.8 Voorzetting van de regeling

Sinds de start van de opleidingen is het aantal verpleegkundig specialisten en physician assistants in Nederland sterk toegenomen. Zeker gelet op de kwaliteit van zorg, hebben ze hun waarde inmiddels bewezen. De groei van beide beroepsgroepen is mede mogelijk gemaakt door de subsidieregeling, van waaruit zorgwerkgevers van verpleegkundigen en physician assistants in opleiding een deel van de kosten die zij daarvoor maken, vergoed krijgen. *'De subsidie maakt het mogelijk om de ruimte te nemen om te leren en die ruimte te krijgen van de medisch leermeester, die veelal kostbare tijd in de begeleiding steekt'*, zoals een van de respondenten het beschreef. De meeste respondenten verwachten dat zonder regeling, de verdere groei van het aantal verpleegkundig specialisten en physician assistants stopt en daarmee zal ook het proces van verdere taakherschikking stagneren. Zonder financiële tegemoetkoming worden de opleidingskosten voor zorgwerkgevers te groot (zeker in het eerste jaar van de opleiding, als de opbrengsten zeer gering zijn) en zal het proces van taakherschikking stagneren, is de verwachting. Volgens een van de respondenten is er nu zo'n grote vraag naar verpleegkundig specialisten en physician assistants, en zo weinig aanbod, dat je geen andere keus hebt dan ze zelf op te leiden als je taakherschikking (verder) wil doorvoeren. Een ander verwacht dat bij afschaffing van de regeling *'...veel meer aandacht wordt gevestigd op output en resultaat in de directe patiëntenzorg, wat voor de meerwaarde van de verpleegkundig specialist niet gaat helpen. Bij de physician assistant komen dan de stages onder druk te staan. In de begeleiding weet ik dan niet of er dan die ruimte wordt geboden die nu verplicht wordt gesteld. Soms is het een keuze; of een arts-assistent erbij of een verpleegkundig specialist of een physician assistant. Ik vermoed dat er dan meer geneigd wordt om het vertrouwde te kiezen, zonder een goede afweging te maken wat echt op die positie nodig is.*

Voortzetting van de subsidieregeling is noodzakelijk voor het opleiden van verpleegkundig specialisten en physician assistants. Dat hoeft volgens meerdere respondenten niet de huidige regeling te zijn, als er maar een regeling is van waaruit de kosten van werkgevers worden vergoed, bij voorkeur structureel. In de geestelijke gezondheidszorg wordt gewezen op de vergoeding

vanuit de Beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgoopleidingen, die een alternatief zou kunnen zijn. In de huisartsenzorg wordt gewezen op de constructie die ook voor huisartsen in opleiding geldt. Die zijn in dienst bij de stichting SBOH, zodat de loonkosten en het werkgeversrisico niet voor rekening van de huisarts komen.

In de vorige evaluatie werd er op gewezen dat volgens de Inspectie voor de gezondheidszorg taakherschikking niet vanzelf tot stand komt, daar is tijd en energie voor nodig.⁷⁹ Maar ook geld, blijkt uit de evaluatie van de subsidieregeling. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geeft in de Monitor Taakherschikking aan dat de tijd van pionieren, wennen en aftasten voorbij moet zijn en dat het noodzakelijk is dat taakherschikking zich doorzet.⁸⁰ Volgens de NZa is dat alleen mogelijk als opleidingsplekken beschikbaar blijven en benut worden. Het subsidiëren van de opleidingskosten van zorgwerkgevers is daarvoor onmisbaar, blijkt uit de evaluatie.

Door verschillende respondenten zijn voorstellen gedaan, die aanpassing van de regeling nodig maken, als die wordt voortgezet.

- Verhoog het aantal instroomplaatsen dat wordt gesubsidieerd. In alle branches is er behoefte aan (meer) verpleegkundig specialisten en physician assistants. Gezien de wachtlijsten van de hogescholen, zijn de kandidaten er ook. En de hogescholen geven aan meer studenten te kunnen opleiden dan nu het geval is.
- Verleng de looptijd van de subsidieregeling, zodat werkgevers zich niet onzeker voelen over de financiële mogelijkheden en consequenties van het opleiden van verpleegkundig specialisten en physician assistants.
- Richt de subsidieregeling sterker op de huisartsenzorg en ouderenzorg, omdat in deze branches veel meer verpleegkundig specialisten en physician assistants moeten worden opgeleid dan nu gebeurt. Dat kan door hiervoor meer opleidingsplaatsen beschikbaar te stellen en/of de financiële bijdrage voor het opleiden in deze branches te verhogen. Omdat in alle branches behoefte is aan verpleegkundig specialisten en physician assistants, is het niet raadzaam een deel van de beschikbare opleidingsplaatsen voor deze branches te reserveren, omdat dan de verdere taakherschikking in de overige branches zou stagneren.
- Verleng de duur van de tweejarige opleiding voor verpleegkundig specialist (MANP) met een half of heel jaar. Reden daarvoor is de zwaarte van de huidige opleiding. Die kan niet lichter, geeft een van de respondenten aan, omdat wat nu wordt aangeboden nodig is voor een professional die na de opleiding bevoegd is om als zelfstandig behandelaar en regiebehandelaar op te treden. In het geval van een verlenging, zou de subsidieregeling daarop moeten worden aangepast.
- Haal het verschil weg tussen de vergoedingen voor de zorgwerkgever in de geestelijke gezondheidszorg. De vergoeding voor het opleiden van verpleegkundig specialisten vanuit de subsidieregeling bedraagt € 22.500 per student per jaar en vanuit de beschikbaarheidsbijdrage € 83.000. Dit verschil gaat ten koste van de instroom in de tweejarige opleidingen, terwijl beide opleidingen leiden tot hetzelfde beroep. Een oplossing hiervoor is om de tegemoetkoming voor de vervangingskosten bij de tweejarige opleiding die gericht is op de geestelijke gezondheidszorg, ook en voor hetzelfde bedrag uit de beschikbaarheidsbijdrage te financieren.
- Breid de subsidieregeling uit met het subsidiëren van andere activiteiten die het opleiden van verpleegkundig specialisten en physician assistants stimuleren. Een voorbeeld daarvan is het

79 Inspectie voor de gezondheidszorg. (2007). *Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg*. Den Haag: IGZ.

80 Nederlandse Zorgautoriteit. (2019). *Monitor Taakherschikking. Physician assistants & Verpleegkundig specialisten in de medisch specialistische zorg*. Utrecht: NZa.

opleiden van begeleiders (praktijkopleiders/leermeesters). Dit maakt het bijvoorbeeld in de gehandicaptenzorg en de verzorgings- en verpleeghuizen en de thuiszorg beter mogelijk om (meer) verpleegkundig specialisten en physician assistants op te leiden. Andere voorbeelden zijn het subsidiëren van het ontwikkelen van een visie in de organisatie op de inzet van taakherschikking en/of op leren en opleiden en het vergoeden van de begeleiding door de medisch specialist, dat volgens een van de respondenten van wezenlijk belang is voor de kwaliteit van de opleiding.

- Zorg voor een vast format voor gegevens van studenten die door de hogescholen moeten worden aangeleverd aan de subsidieverstrekker. Dat voorkomt dat er gegevens worden aangeleverd die niet nodig zijn en bespaart alle betrokkenen werk.

4 Eindoordeel

4.1 Inleiding

In dit laatste hoofdstuk beantwoorden we de onderzoeksvragen (paragraaf 4.2) en als afsluiting de vraag of de subsidieregeling doelmatig en doeltreffend is (paragraaf 4.3). Dat is tevens de slotconclusie van deze evaluatie.

4.2 Beantwoording onderzoeksvragen

Wordt het doel van de subsidieregeling behaald?

Ja, maar voor het opvangen van de vergrijzing kon dat niet worden vastgesteld. De inzet van de regeling heeft ervoor gezorgd dat er momenteel zo'n 3.494 verpleegkundig specialisten en 1.058 physician assistants werkzaam zijn in de zorg. Beide zorgprofessionals nemen taken van artsen over, waardoor de kwaliteit van de zorg toeneemt. Ook zorgt de introductie en groei van deze beroepsgroepen voor carrièreperspectief van verpleegkundigen en paramedici. Ten slotte draagt de subsidieregeling bij aan banengroei omdat het zorgt voor een toenemend aanbod van beroepskrachten die taken van artsen kunnen overnemen. Of de subsidieregeling helpt om de vergrijzing van het personeelsbestand in de zorg op te vangen, kan niet worden vastgesteld. Wel is het denkbaar dat werkgevers de subsidieregeling inzetten om oudere werknemers aan het werk te houden door taken van hen over te nemen.

Hoe wordt het beschikbare budget besteed?

Het volledige bedrag van de subsidie komt terecht bij de zorgwerkgever waarbij de verpleegkundig specialist of physician assistant tijdens de opleiding in dienst is. De subsidie is bedoeld als tegemoetkoming in de kosten die de werkgever maakt omdat studenten een deel van hun aanstelling besteden aan het volgen van de opleiding, maar wel salaris ontvangen. Er is niet onderzocht of de subsidie ook werkelijk daarvoor wordt gebruikt. Maar als dat al niet zo zou zijn, dan zijn de verletkosten volledig voor rekening van de werkgever.

Welke risico's zitten er aan de wijze waarop de subsidieregeling wordt uitgevoerd?

Er zitten geen risico's aan de wijze waarop de subsidieregeling wordt uitgevoerd. Respondenten van hogeschole geven aan dat de regeling weliswaar veel werk met zich meebrengt, maar dat de regeling op zich helder is en dat het duidelijk is wat er van hen wordt gevraagd.

Bestaat er een rechtvaardiging voor differentiatie van de subsidieregeling naar verschillende sectoren? Is een dergelijke differentiatie in de subsidieregeling te integreren? Waarom is dat wel of niet het geval en op welke wijze ligt het voor de hand de subsidieregeling hierop te wijzigen?

Ja, die rechtvaardiging is er met name voor de huisartsenzorg en geestelijke gezondheidszorg. In de huisartsenzorg is de vergoeding vanuit de subsidieregeling niet voldoende om huisartspraktijken te stimuleren en in staat te stellen verpleegkundig specialisten en physician assistants op te leiden. Dit, terwijl de huisartsenzorg juist een van de sectoren is waarin een grote behoefte bestaat aan verpleegkundig specialisten en physician assistants. In de geestelijke gezondheidszorg kunnen werkgevers er ook voor kiezen gebruik te maken van de driejarige opleiding GGZ-VS.

Daaraan is een financieel vele malen gunstiger vergoeding verbonden. Dit gaat ten koste van de instroom in de tweejarige variant MANP, die opleidt tot hetzelfde beroep.

Wat de huisartsenzorg betreft, kan worden overwogen de tegemoetkoming voor huisartspraktijken vanuit de subsidieregeling (substantieel) te verhogen. In de geestelijke gezondheidszorg lijkt het het meest voor de hand te liggen om de tegemoetkoming in de buitenschoolse kosten voor de tweejarige variant, net als voor de driejarige variant voor een even groot bedrag te vergoeden vanuit de beschikbaarheidsbijdrage. In elk geval is het raadzaam onderzoek te doen naar de opvattingen van zorgwerkgevers over beide opleidingsvarianten en hun voorkeuren daarvoor en de wijze waarop in zorginstellingen de keuze voor een van beide varianten wordt bepaald.

Tot slot is het denkbaar de regeling te intensiveren voor de branches met een grote behoefte aan verpleegkundig specialisten en physician assistants en branches waarin het opleiden van deze beroepsgroepen achterblijft. Een voorbeeld daarvan is de ouderenzorg. Dit kan door verhoging van de tegemoetkoming voor de buitenschoolse opleidingskosten, verhoging van het aantal plaatsen dat voor deze branches beschikbaar is of door het subsidiëren van activiteiten die het opleiden stimuleren. Voorbeelden van dat laatste zijn het opleiden van leermeesters, het ontwikkelen van een visie op leren en opleiden in zorginstellingen of het vergoeden van de inzet van medisch specialisten als begeleider .

4.3 Slotconclusie

Aan het begin van dit rapport is beschreven dat evaluatie van een subsidieregeling moet uitwijzen in hoeverre de inzet van de regeling doeltreffend en doelmatig is. Daarbij is doeltreffendheid de mate waarin de beleidsdoelstelling dankzij de inzet van de onderzochte beleidsinstrumenten wordt gerealiseerd. Doelmatigheid is de mate waarin het optimale effect tegen zo min mogelijk kosten en ongewenste neveneffecten wordt bewerkstelligd.

Eerst de doeltreffendheid. Doelen van de inzet van de subsidieregeling zijn een betere kwaliteit van zorg, een beter carrièreperspectief voor de mensen die in de zorg werken en het opvangen van de noodzakelijke banengroei en vergrijzing. Met de regeling wordt dat nagestreefd door het faciliteren van de opleiding van verpleegkundig specialisten en physician assistants die taken van artsen kunnen overnemen. Afgezien van de vergrijzing, helpt de subsidieregeling de gestelde doelen te realiseren. Daarmee is de subsidieregeling doeltreffend.

De subsidie die wordt verleend, is bedoeld als tegemoetkoming in de kosten die de werkgever maakt omdat studenten een deel van hun aanstelling besteden aan het volgen van de opleiding, maar wel salaris ontvangen. Het gehele bedrag van de subsidie wordt daaraan besteed, niet aan bijvoorbeeld de uitvoeringskosten die daarmee gemoeid zijn. Bovendien vergoedt de subsidie maar een deel van de kosten van de werkgever, die de meeste kosten zelf moet dragen. Conclusie is dan ook dat de subsidieregeling doelmatig is.

