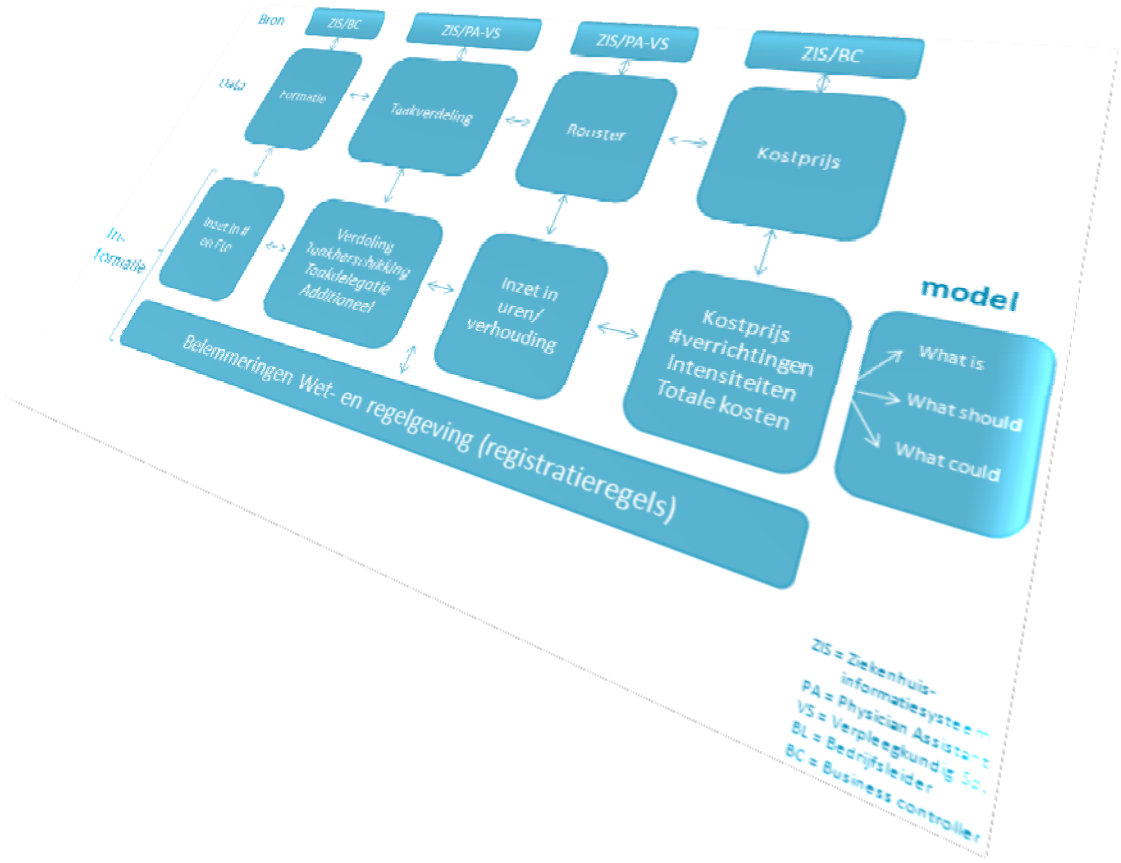


Taakherschikking & kostprijzen

Een onderzoek naar de belemmeringen rondom substitutie

25-6-2014

Auteur Drs. A.J. (Arjan) Kouwen
Co auteur Drs. G.T.W.J (Geert) v.d. Brink

Managementsamenvatting

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

Het onderzoek

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

Resultaten onderzoek

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

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

Conclusies onderzoek

Dit onderzoek toont aan dat de inzet van PA en VS in het gehanteerde systeem van verrichtingenstelsel en kostprijsmethodieken zeer gebrekkig zichtbaar is. Daardoor is het vrijwel onmogelijk om betrouwbare *business cases* voor de doelmatigheid van die inzet te maken.

Er is bovendien vastgesteld dat het financiële systeem[1] en landelijke wetgeving in ziekenhuizen diverse belemmeringen voor taakherschikking opwerpt. De belangrijkste zijn: het face-to-face criterium bij het registreren van een eerste consult, het gebrek aan transparantie in de kostprijs en verrichtingensystematiek en het feit dat VS/PA niet zelfstandig DBC's kunnen openen. Tenslotte is door middel van een sensitiviteitsanalyse vastgesteld dat de effecten van taakherschikking beperkt zichtbaar zijn in de momenteel gehanteerde kostprijssystematieken.

Integrale prijsvorming 2015 zal een aantal belemmeringen wegnemen. Tegelijkertijd creëert deze ook een nieuwe belemmering omdat zij binnen ziekenhuizen onzekerheid oproept over de financiering. Sentimenten rondom honorariuminkomsten en overheidsmaatregelen kunnen het enthousiasme voor taakherschikking temperen.

[1] Dit betreffen regels rondom bekostiging van medisch specialistische zorg en specifiek regels m.b.t. registratie en declaratie van zorgactiviteiten

Ondanks al deze belemmeringen worden VS en PA veelvuldig ingezet. Als we vragen naar de motivatie voor deze inzet, luidt het meest gehoorde argument: de *kwaliteit van (keten-) zorg*.

Aanbevelingen onderzoek

Op basis van de conclusies zijn de volgende aanbevelingen door het onderzoeksteam benoemd:

1. Verbeter de informatievoorziening binnen ziekenhuis en betrokken partijen rondom taakherschikking zodat de effecten ervan zichtbaar worden. Dit zou de inzet van VS en PA kunnen stimuleren;

2. Draag zorg voor het differentiëren van verrichtingen zodat het (interne) registratiesysteem het (financiële) effect van die inzet zichtbaar maakt;

3. Bied goede ondersteuning bij de doelmatigheidsanalyse rondom taakherschikking: daarvoor kan de toolbox gebruikt worden;

4. Verricht nader onderzoek naar de 'overige activiteiten' en betrek hier ook de activiteiten van de medisch specialist bij zodat een compleet (en vergelijkbaar) beeld gevormd wordt van de niet geregistreerde activiteiten;

5. Werk een aantal businesscases uit om de toolbox verder te ontwikkelen en valideren;

6. De effecten van taakherschikking opnieuw gemeten moeten worden na de invoering van 'integrale prijsvorming' in 2015.

In bijlage 1 zijn deze aanbevelingen vertaald naar partij of beroepsgroep.

Inhoud

Managementsamenvatting 1

Inleiding 5

1. Onderzoeksopzet 6

1.1 Vraagstellingen onderzoek 6
1.2 Onderzoeksontwerp 6
1.3 Deelnemende ziekenhuizen 7
1.4 Tijdspad 8
1.5 Projectstructuur en verantwoording 8

2. Begrippenkader en context 9

2.1 Begrippenkader 9
2.2 De beroepen physician assistant en verpleegkundig specialist in ontwikkeling 10
2.3 Wet- en regelgeving 12
2.4 Financiën in de gezondheidszorg 16

3. De onderzoekspopulatie 20

3.1 Algemene kenmerken 20
3.2 Kenmerken steekproef 21
3.3 Kenmerken per specialisme 21
3.4 Samenvatting kenmerken 22

4. De toolbox 'taakherschikking' 23

4.1 Formatiegegevens 23
4.2 De taakverdeling 24
4.3 Roosters 25
4.4 Kostprijzen 26
4.5 Validatie 29

5. Onderzoeksresultaten 30

5.1 De formatieve inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten 30
5.2 Taakverdeling 32
5.3 Motivaties voor inzet physician assistant of verpleegkundig specialist 35
5.4 Registratie van verrichtingen 36
5.5 Kostprijsbepaling in relatie tot taakherschikking 36

6. Belemmeringen voor taakherschikking 39

6.1 Ervaren belemmeringen uit interviews 39
6.2 Geconstateerde belemmeringen uit onderzoek 40

7. Discussie 42

8. Conclusies en aanbevelingen 43

Detailconclusies 45
Begrippenlijst 50
Literatuurlijst 51
Bijlage 1. Samenvatting voorbehouden handelingen 54
Bijlage 2: Aanbevelingen samengevat per klankbordgroep 2

Inleiding

Sinds de jaren ’90 hebben verschillende partijen in de gezondheidszorg gepleit voor het structureel herverdelen van taken tussen beroepsgroepen. Een van de doelen daarbij was het toegankelijk houden van de zorg. In 2002 heeft de Raad voor Volksgezondheid en Zorg in haar rapport ‘Taakherschikking in de zorg’ de minister geadviseerd over de wijze waarop de belemmeringen voor een dergelijke herverdeling opgelost zouden kunnen worden. In de jaren erna zijn opleidingen ontwikkelt, de wettelijke regelingen met betrekking tot de aansprakelijkheid en het zelfstandig uitvoeren van medische handelingen voor beide beroepsgroepen aangepast (Wet Big). Een volgend aandachtsgebied is de bekostiging van de Physician assistants en Verpleegkundig Specialisten. Hier heeft de NZa in haar gepubliceerde advies in 2012 juridische belemmeringen benoemd rondom de taakherschikking en bij de invoering van de integrale prijsvorming in 2015 zullen een aantal van deze belemmeringen opgeheven worden.

Als vervolg daarop is onderhavig onderzoek gestart waarbij op praktijkgerichte wijze de zichtbaarheid van taakherschikking in kostprijzen alsmede de belemmeringen voor taakherschikking in kaart gebracht zijn.

1. Onderzoeksopzet

Dit hoofdstuk beschrijft achtereenvolgens de vraagstellingen (§1.1), het onderzoeksontwerp (§1.2), de onderzochte ziekenhuizen (§1.3), de processtappen (§1.4), het tijdspad (§1.5) en de projectstructuur van het onderzoek (§1.6).

1.1 Vraagstellingen onderzoek

Sinds 2012 mogen de physician assistant en de verpleegkundig specialist een aantal voorbehouden handelingen op het terrein van medisch-specialistische zorg zelfstandig indiceren en uitvoeren[2] binnen vastgestelde randvoorwaarden. Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wil hiermee het doelmatiger organiseren van de zorg stimuleren[3]. Kerngedachte hierbij is dat de medisch specialist[4] bepaalde behandelingen overlaat aan niet-medici (zoals de VS en de PA) zodat deze zich daardoor meer kan concentreren op de diagnostiek en behandeling van complexere zorgvragen. Hierbij is de vraag hoe de inzet van de VS en/of PA in kostprijzen zichtbaar wordt en andersom, in hoeverre dat inzicht (of het gebrek daaraan) die inzet beïnvloedt. Dit leidt tot de volgende twee vraagstellingen van dit praktijkgerichte onderzoek:

1. *Op welke wijze wordt de inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist in de kostprijzen van DBC-Zorgproducten verantwoord?*

2. *Welke belemmeringen ten aanzien van taakherschikking zijn er in de huidige financiële en administratieve regelgeving?*

1.2 Onderzoeksontwerp

Primair uitgangspunt van het onderzoek is de wijze waarop taakherschikking in de praktijk vorm krijgt en hoe dit terug te vinden is in de kostprijsprofielen. Daarmee is het een praktijkgericht onderzoek, namelijk: een multiple casestudy. De onderzoeksstappen zijn weergegeven in figuur 1 op de volgende pagina.

Aan de hand van een vooronderzoek (fase 1) en een nadere verfijning daarvan (fase 2) is bij een beperkt aantal ziekenhuizen de validiteit van de kostprijsprofielen en kostprijsregistratie vastgesteld.

Op grond van dit vooronderzoek is er voor gekozen om uit te gaan van het basisjaar 2012 omdat dit het eerste jaar is waarin kostprijsgegevens (verplicht) aangeleverd dienden te worden. Bovendien waren ten tijde van het schrijven van dit rapport de kostprijsgegevens over 2013 nog niet beschikbaar bij de betrokken ziekenhuizen.

Vervolgens heeft de dataverzameling plaatsgevonden (fase 3). In eerste instantie is een beperkt aantal specialismen onderzocht om een eerste beeld te krijgen van de kostprijsinformatie. Vervolgens op basis van de gehanteerde inclusiecriteria alle afgestudeerde Verpleegkundig specialisten op de afdelingen Anesthesiologie, Chirurgie, Cardiologie, Algemene Interne Geneeskunde, Longgeneeskunde, Neurochirurgie en Urologie betrokken in het onderzoek. Deze zijn betrokken vanwege de *grootte* (aantal verrichtingen) en *aard* (chirurgisch, beschouwend en als het interne dienstverlening betreft dus anesthesiologie). Basis was een variatie te krijgen van verschillende soorten specialismen en daarmee een dwarsdoorsnede van een ziekenhuis te krijgen. Initieel waren er minder specialismen geselecteerd maar hebben we bij andere ziekenhuizen ook

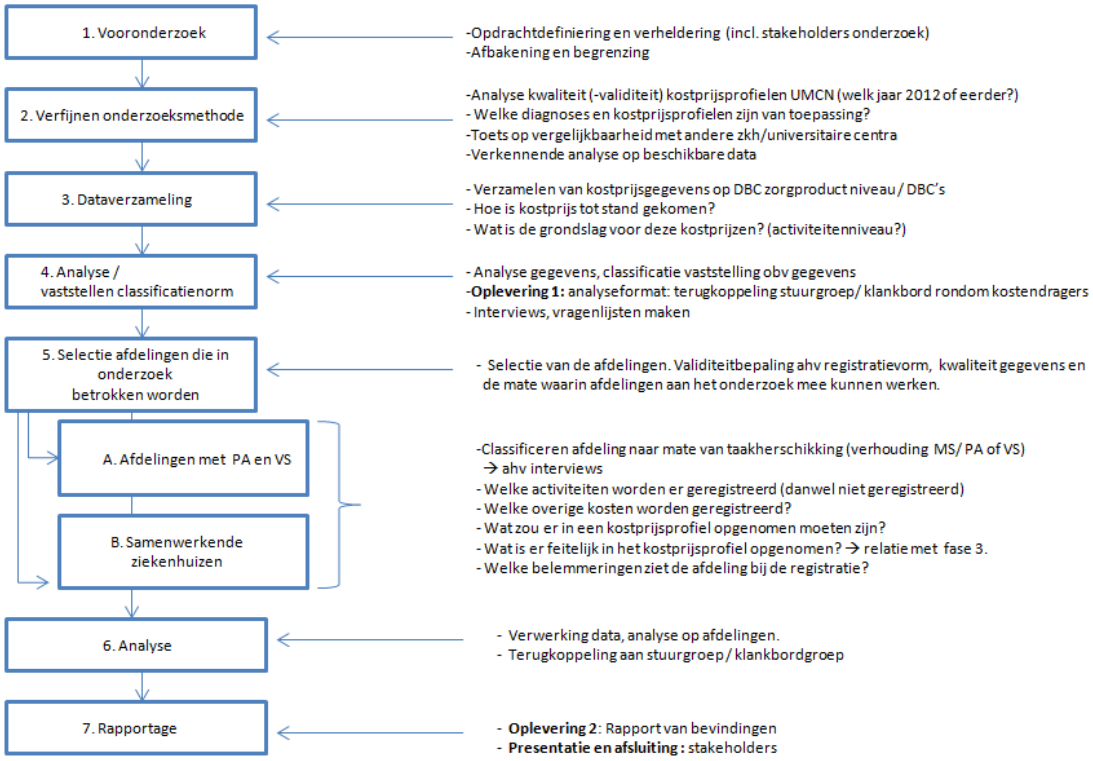
[2] *Staatsblad*, jaargang 2011, nrs. 658 en 659
[3] E.I. Schippers, Voorhangbrief aan de voorzitter van de 2e kamer nr. 437, 29 689 Herziening zorgstelsel, 22 april 2013.
[4] Een medisch specialist is een arts die zich na de 6-jarige universitaire basisopleiding geneeskunde heeft gespecialiseerd in een orgaan(systeem), of een deel of richting daarvan.

andere afdelingen erbij onderzocht om zoveel mogelijk ziekenhuizen te kunnen vergelijken. Exclusiecriteria waren:

1. Alle specialismen waar VS / PA in opleiding waren
2. Alle specialismen waar geen VS/PA ingezet worden door ziekenhuizen, op twee afdelingen na. Deze twee afdelingen zijn bevraagd op mogelijke belemmeringen van inzet.

Ten behoeve van de analyse (fase 4) is een toolbox ontworpen waarmee de taakherschikking in kaart gebracht en gevalideerd kan worden. Deze toolbox verschaft inzicht in de mate waarin de herschikking in de praktijk vorm krijgt en de wijze waarop dit in de financiële systemen geregistreerd wordt.

Figuur 1: Onderzoeksstappen en bijbehorende onderzoeksvragen



In de vijfde fase zijn op de verschillende afdelingen de medisch specialist, physician assistant, verpleegkundig specialist, bedrijfsleider en/of controller geïnterviewd. De interviews met deze verschillende partijen in de taakherschikkingspraktijk en registratiesystematiek leveren een dwarsdoorsnede die voor de eindconclusie van belang is. Tijdens de gesprekken is een beeld gevormd van de volgende aspecten:

- Welke activiteiten worden door een PA/VS verricht (taakherschikkingspraktijk)?
- Welke mate van taakherschikking zien we in relatie tot de medisch specialist (taakherschikkingspraktijk)?
- Hoe worden deze activiteiten geregistreerd (registratiesystematiek)?
- Hoe komen deze activiteiten tot uiting in de kostprijs van DBC-Zorgproducten (registratiesystematiek) ?

Met behulp van deskresearch en data-analyse op de desbetreffende diagnoses en bijbehorende kostprijzen (*cost drivers*) van DBC-Zorgproducten is inzichtelijk gemaakt welke aspecten daadwerkelijk in de kostprijsprofielen opgenomen zijn. De beschikbaarheid van juiste gegevens verschilde overigens sterk per afdeling en per ziekenhuis. Daarom is per ziekenhuis beoordeeld of de informatie compleet was of aangevuld moest worden.

1.3 Deelnemende ziekenhuizen

Het onderzoek richtte zich op topklinische ziekenhuizen in de zuidelijke helft van Nederland die een vergelijkbaar inzetprofiel van physician assistants of verpleegkundig specialisten hanteren. Er zijn uiteindelijk vier ziekenhuizen betrokken in het onderzoek: het Radboudumc Nijmegen, het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen, St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein en St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg.

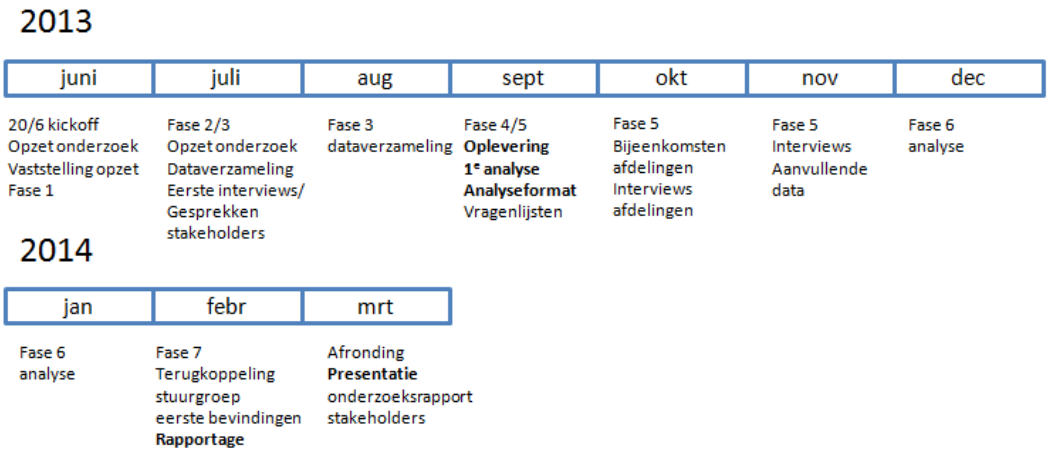
Het projectteam heeft een vertrouwelijkheidverklaring met de vier ziekenhuizen ondertekend omdat voor de analyse veel gevoelige informatie is gebruikt. Dit betekent concreet dat het onderzoeksteam bij verschijnen van dit rapport

geen data meer in haar bezit heeft. Bij een mogelijk vervolgonderzoek zijn de gegevens tot uiterlijk mei 2019 opvraagbaar bij de deelnemende ziekenhuizen.

1.4 Tijdspad

Voor het onderzoek is een strak tijdsschema vastgesteld: het startte in juni 2013 en de rapportage werd uiteindelijk in juni 2014 opgeleverd.

Figuur 2. Tijdspad (planning)



1.5 Projectstructuur en verantwoording

Het project is uitgevoerd door een projectteam onder leiding van een stuurgroep. De aanpak en tussenuitkomsten zijn gerapporteerd aan een voor dit doel samengestelde stuurgroep en aan een klankbordgroep waarin landelijk betrokken partijen zitting hadden (overheid, branche- en beroepsverenigingen).

Het projectteam was samengesteld uit de volgende personen:

- Dhr. T.A.C. (Thijs) Sondag MSc. (tm februari 2014)
- Mevr. Y.P. (Yvonne) van Vugt MSc.
- Mevr. K.J. (Karlijn) Verhagen MSc. (vanaf februari 2014)
- Mevr. P.J.M. (Petra) Kleven MSc
- Dhr. drs. A.J. (Arjan) Kouwen (Projectleider).

De projectleider heeft tijdens het onderzoek tweewekelijks gerapporteerd aan de stuurgroep die bestond uit de volgende drie personen:

- Dhr. drs. G. van den Brink (opdrachtgever, directeur Zorgacademie, Radboudumc)
- Dhr. drs. F. Lataster (Adjunct directeur Servicebedrijf, Radboudumc)
- Dhr. Ir. E. Booden (Manager PVI, Radboudumc)

De projectleider heeft regelmatig terugkoppeling gegeven aan de voor dit doel samengestelde klankbordgroep. Deze klankbordgroep bestond uit de volgende personen:

- Dhr. drs. T.P. Hoogeveen (Ministerie van Volksgezondheid en Sport)
- Mevr. drs. L. van der Velde (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen)
- Dhr. drs. T. Urlings (de Nederlandse Zorgautoriteit)
- Dhr. dr. G.W. Salemink (Zorgverzekeraars Nederland)
- Mevr. O. Frauenfelder (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland)
- Dhr. F. de Roo MPA (Nederlandse Associatie Physician Assistants)
- Mevr. drs. B.J.G.M. Meulenbroek (Nederlandse Federatie van Universitaire centra)
- Mevr. drs. B.W.H. van de Lagemaat (Orde van Medisch Specialisten)

2. Begrippenkader en context

In dit hoofdstuk worden het begrippenkader en de context waarbinnen het onderzoek plaats heeft gevonden nader uitgewerkt. Na een nadere toelichting van de centrale begrippen die in het onderzoek gehanteerd zijn (§2.1), volgt een schets van de context van het onderzoek. Hiertoe wordt eerst de ontwikkeling van de beroepen verpleegkundig specialist en physician assistant belicht (§2.2). Vervolgens wordt de voor taakherschikking en registratiesystematiek relevante wet- en regelgeving nader uitgewerkt (§2.3). En §2.4 beschrijft tenslotte de financieel economische context.

2.1 Begrippenkader

In de discussies over het herverdelen van taken worden veel verschillende begrippen gebruikt. Zo zijn onder meer de termen 'beroep', 'functie', 'taak', 'substitutie' en 'functiedifferentiatie' van belang. Onderstaande definities zijn ontleend aan het kader van de Raad voor de Gezondheidszorg[5] dat gehanteerd wordt in landelijke discussies.

Beroep, functie en taak

Een *beroep* wordt wel gedefinieerd als: een geheel van met elkaar samenhangende (kern)taken, gemeenschappelijk aanvaarde theoretische en ethische uitgangspunten en beroepsmethodieken, waarvan de aard en de onderlinge samenhang onafhankelijk zijn van de concrete werksituatie. Een *functie* wordt omschreven als het geheel van arbeidstaken dat door één persoon verricht moet worden. Het begrip omvat de eisen, die (door een bedrijf) aan het arbeidsvermogen (van een werknemer) worden gesteld. Een *taak* is een volgens bepaalde regels geformuleerde activiteit, die een zinvol, logisch en noodzakelijk bestanddeel is in het uitvoeren van werk, gericht op een bepaald doel. Bij een indeling in functies bepaalt de organisatie, waar een beroepsbeoefenaar werkzaam is en hoe het takenpakket is samengesteld.

Deze invulling van de begrippen betekent, dat beroepsbeoefenaren met een zelfde beroepsopleiding en beroepsmatige achtergrond in uiteenlopende functies werkzaam kunnen zijn. Zo kan een arts in een algemeen ziekenhuis functies bekleden in zowel de directe patiëntenzorg als in de raad van bestuur.

Functiedifferentiatie

Functiedifferentiatie is het uitsplitsen van taken, waardoor nieuwe functies ontstaan. Deze term wordt ook wel gebruikt om de spreiding van functies binnen een organisatie aan te geven.

Substitutie

Bij substitutie gaat het om het verschuiven van taken tussen beroepsgroepen. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen verticale en horizontale substitutie. Bij verticale substitutie worden taken overgedragen aan beroepsbeoefenaren met een lager (opleidings)niveau, bij horizontale aan beroepsbeoefenaren met een gelijk (opleidings-)niveau.

Taakherschikking

Bij taakherschikking staat niet de functie niet centraal, maar beroepen of beroepsgroepen. Taakherschikking wordt dan ook beschreven als een manier om taken tussen beroepen opnieuw te verdelen, en wel structureel. In aansluiting daarop definieert de Raad taakherschikking als: 'het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen'. Hiermee wordt tevens bedoeld een herverdeling van taken inclusief verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen.

Het onderscheid tussen beroepen en functies is van belang, vanwege het structurele karakter, zoals dat wordt aangeduid door de Raad van Gezondheidszorg. Bij begrippen als 'substitutie' en 'functiedifferentiatie' is onduidelijk of

[5] Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Taakherschikking in de Gezondheidszorg*, Zoetermeer 2002

er sprake is van een incidenteel of structureel karakter van het overdragen van taken. Functies veranderen immers voortdurend.

Taakherschikking kan voorts worden gerangschikt naar het type organisatorisch proces. Er is sprake van vier vormen:

1. *Supplementatie*: Een uitbreiding van de taken of vaardigheden van bestaande professionals (bijvoorbeeld: de assistente/praktijkverpleegkundige doet specifieke preventieve taken);
2. *Substitutie*: De uitvoering van een handeling door één type professional wordt overgenomen door een ander type professional (bijvoorbeeld overname van taken van de huisarts door een verpleegkundig specialist of physician assistant);
3. *Innovatie*: Er wordt een nieuw type professional geïntroduceerd (bijvoorbeeld een physician assistant of verpleegkundig specialist).

Delegatie

Bij delegatie is er geen sprake van herverdeling van taken. Bepaalde taken worden gedelegeerd van een 'hoger gekwalificeerde' naar een 'lager gekwalificeerde' professional (bijvoorbeeld: praktijkassistente hecht kleine wondjes). De Wet BIG geeft een duidelijke handreiking voor de definitie ervan. De arts kan aan alle lager gekwalificeerde beroepsbeoefenaren taken delegeren. In vergelijking met taakherschikking gaat het bij taakdelegatie om het *niet structureel* herverdelen van taken die niet tot het deskundigheidsgebied van de persoon behoren aan wie de taken worden gedelegeerd. Hier is direct toezicht en mogelijkheid van tussenkomst van een arts nodig en verschuift de verantwoordelijkheid niet.

Additionele zorg

Binnen dit onderzoek gebruiken we de term 'additionele zorg' voor nieuwe taken die dus niet overgenomen zijn. Daarbij maken we onderscheid tussen 'zorggerelateerde' en 'niet-zorggerelateerde' taken, bijvoorbeeld psychosociale hulp en administratieve/logistieke taken.

Tweedelijnszorg

Dit onderzoek richt zich op de inzet van de VS/PA in de ziekenhuizen. Mogelijke inzet in de eerstelijnszorg behoort dus niet tot het onderzoeksdomein.

In de term 'tweedelijnszorg' houden wij geen rekening met mogelijke grensverschuivingen tussen eerste- en tweedelijnszorg die op dit moment gaande zijn (transfer, relocation en/of liaison)

2.2 De beroepen physician assistant en verpleegkundig specialist in ontwikkeling

De beroepen physician assistent (PA) en verpleegkundig specialist (VS) hebben beide in de afgelopen jaren een behoorlijke ontwikkeling doorgemaakt. Tabel 1 vat de ontwikkelingen, alsmede de voornemens van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (cursief) samen.

Tabel 1. Chronologische ontwikkelingen in het beroepenveld

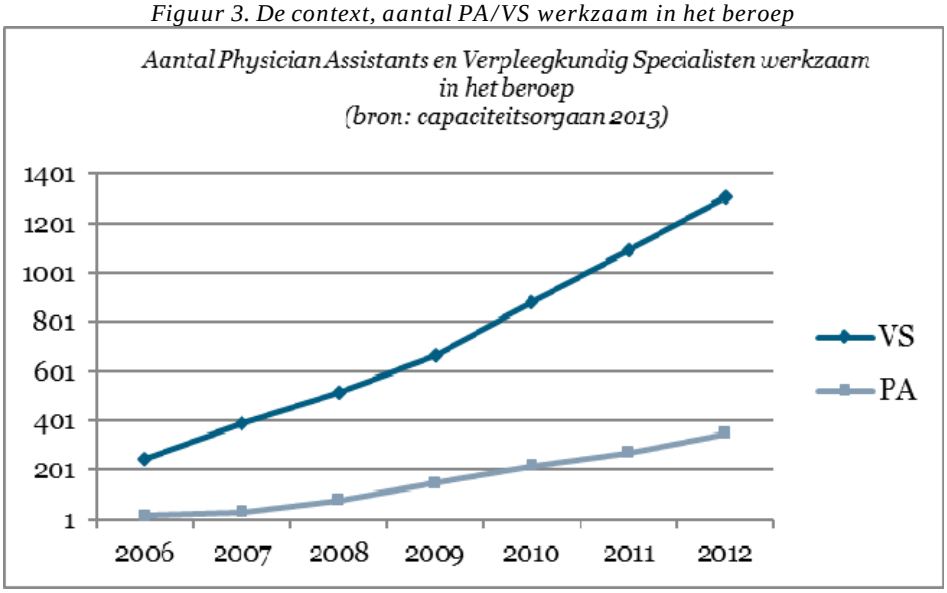
2001	Eerste afgestudeerde verpleegkundig specialisten
2001	Start experimenten met inzet van physician assistants
2002	Advies Taakherschikking, RvZ
2004	Eerste afgestudeerde physician assistants
2007	Beroepsprofielen physician assistants (NAPA)
2009	Titel 'Nurse practitioner' vervangen door verpleegkundig specialist
2009	Wettelijk erkende titel 'verpleegkundig specialist' (art. 14)
2012	Experimenteerartikel Wet big in werking getreden
2012	Uitvoeringstoets taakherschikking NZa
2015	*Zelfstandig openen DBC, opheffen F2F, integrale prijzen*
2017	*Einde experiment*

Respectievelijk in 2001 en 2004 zijn de eerste verpleegkundig specialisten (VS) en physician assistants (PA) afgestudeerd. Beide beroepen zijn primair geïntroduceerd om taakherschikking van medisch specialisten mogelijk te maken. In 2002 is taakherschikking in een breder verband door de Raad van Gezondheidszorg onderzocht. In 2009 heeft dit geleid tot een wettelijke erkenning van de titel verpleegkundig specialist. In 2012 is het experimenteerartikel in werking getreden waardoor VS en PA bepaalde voorbehouden handelingen zelfstandig mogen indiceren en uitvoeren. Sindsdien vallen ze ook onder het tuchtrecht.

In 2017 eindigt formeel het experiment en is het de bedoeling dat de aanpassing in Wet Big definitief wordt gemaakt.

Een belangrijk resultaat van de beschreven ontwikkelingen is de groei van het aantal werkzame physician assistants en verpleegkundig specialisten. Figuur 3 laat zien dat er vanaf 2006 een forse groei is geweest van het aantal verpleegkundig specialisten. De groei van het aantal physician assistants begint iets later, namelijk in 2007 neemt die groei echt toe. Dit is gebaseerd op een onderzoek uit 2012, verricht door Prismant in opdracht van Het Capaciteitsorgaan[6][7] en dit onderzoek had betrekking op de feitelijk werkzame verpleegkundig specialisten en physician assistants.

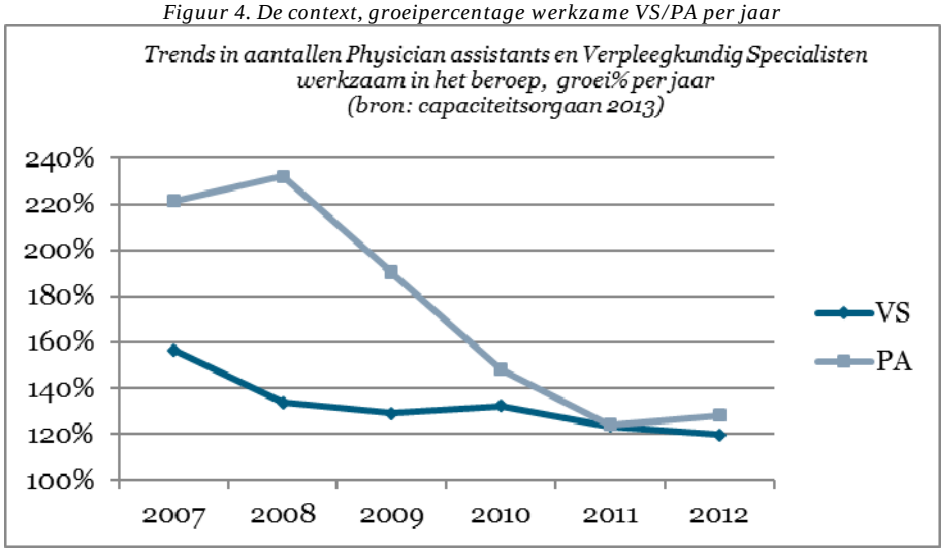
Figuur 3. De context, aantal PA/VS werkzaam in het beroep



In 2012 zien we nog steeds een gemiddelde groei van 20% van de aantallen verpleegkundig specialisten en physician assistants in de sector. Figuur 4 geeft dit weer. Opvallend is dat de verpleegkundig specialist een grotere groei laat zien dan de physician assistant. Figuur 5. Geeft het groeipercentage per jaar weer waaruit blijkt dat de Physician assistant en Verpleegkundig specialist in 2011 een groei kennen van 20% per jaar.

[6] Van der Velde, F., Van der Windt, W., Alumni van de Masteropleiding Advanced Nursing Practice, Capaciteitsorgaan, Utrecht, maart 2013.
[7] Van der Velde, F., Van der Windt, W., Alumni van de Masteropleiding Physician Assistant, Capaciteitsorgaan, Utrecht, maart 2013.

Figuur 4. De context, groeipercentage werkzame VS/PA per jaar



2.3 Wet- en regelgeving

Een belangrijke bepalende factor voor de inzet van PA/VS - en dus voor dit onderzoek - is de bestaande wet- en regelgeving. In de volgende subparagrafen komen staan respectievelijk de Wet Big (§2.3.1), de Wmg (§2.3.2), de beroepsnormen en de WGBO (§2.3.3) centraal.

2.3.1 De activiteiten van de VS en PA conform Wet BIG

De Wet BIG heeft als doel het bevorderen van de kwaliteit van de zorg. Dit gebeurt door de bevoegdheid en bekwaamheid van zorgverleners in de individuele gezondheidszorg vast te leggen. Deze wet is met name bedoeld om patiënten of cliënten te beschermen tegen ondeskundig of onzorgvuldig handelen van individuele zorgverleners (voorbehouden handelingen).

In het kader van taakverdeling binnen de zorg is er, op basis van artikel 35 van de Wet BIG, een aantal meer algemene voorwaarden waaronder zorgverleners zorg mogen verlenen die mogelijk buiten hun bevoegdheid valt. Zorgverleners mogen deze zorg verlenen:

1. in opdracht van een bevoegd persoon, en
2. indien zij redelijkerwijs bekwaam kunnen worden geacht, en
3. indien er volgens aanwijzing van de opdrachtgever wordt gehandeld.

Aan de Wet BIG is per 31 december 2011 een experimenteerartikel (artikel 36a) toegevoegd. Met deze wijziging creëert de Minister de mogelijkheid om met een Koninklijk besluit een aantal beroepen voor een beperkte periode van vijf jaar bevoegdheid te verlenen om een aantal voorbehouden handelingen zelfstandig te indiceren, opdracht te geven tot en uit te voeren. Op dit moment zijn op die manier de verpleegkundig specialist en physician assistant voor een periode van vijf jaar toegevoegd aan de Wet BIG.

Het *Besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid physician assistant* beschrijft de opleidingseisen en competenties van het beroep physician assistant en regelt de bevoegdheid van de physician assistant om een aantal voorbehouden handelingen uit te voeren. Dit zijn: het verrichten van heelkundige handelingen, endoscopieën, catheterisaties, puncties en electieve cardioversie, het geven van injecties, het toepassen van defibrilatie en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen. Deze voorbehouden handelingen mogen zelfstandig worden geïndiceerd en uitgevoerd indien het routinematige handelingen van een beperkte complexiteit betreft.

Voor de verpleegkundig specialist regelt een vergelijkbaar besluit de zelfstandige bevoegdheid voor vijf verschillende soorten verpleegkundig specialisten:

1. de verpleegkundig specialist acute zorg bij somatische aandoeningen;
2. de verpleegkundig specialist chronische zorg bij somatische aandoeningen;
3. de verpleegkundig specialist preventieve zorg bij somatische aandoeningen;
4. de verpleegkundig specialist intensieve zorg bij somatische aandoeningen;
5. de verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg.

De bevoegdheden tot het verrichten van voorbehouden handelingen van een verpleegkundig specialist intensieve zorg zijn het meest uitgebreid (gelijk aan die van de physician assistant). De bevoegdheden van de verpleegkundig specialist preventieve zorg bij somatische aandoeningen zijn het meest beperkt. Het gaat hier om bevoegdheden tot het geven van injecties en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.

Voor zowel verpleegkundig specialisten als physician assistants geldt dat de voorbehouden handelingen mogen worden geïndiceerd en uitgevoerd indien het routinematige handelingen betreft van een beperkte complexiteit en wanneer de VS/PA bekwaam is. Bovendien geldt voor beiden dat de reikwijdte van de diagnostiek ten aanzien van de voorbehouden (en reguliere) handelingen slechts strekt tot het deelgebied waarbinnen de physician assistant en de verpleegkundig specialist is opgeleid. Bijlage 1 geeft een samenvatting van deze bevoegdheden.

Concreet betekent de hier beschreven experimenteerregeling in de Wet BIG dat verpleegkundig specialisten en physician assistants per 31 december 2011 de bevoegdheid hebben gekregen om zelfstandig voorbehouden handelingen te indiceren en uit te voeren. De wet kent deze bevoegdheid toe onder een aantal voorwaarden. Het moet gaan om handelingen

- die op grond van de wet aan de VS / PA zijn toegekend (bijlage 1);
- die vallen binnen het deskundigheidsgebied;
- die van een beperkte complexiteit zijn;
- die routinematig worden verricht;
- waarvan de risico's te overzien zijn;
- waarvoor de VS of PA bekwaam geacht wordt.

Welke handelingen in een concrete situatie onder de nieuwe bevoegdheid vallen, blijkt niet letterlijk uit de wet. De *Handreiking implementatie taakherschikking*[8] samengesteld door de beroepsverenigingen KNMG, V&VN en de NAPA vormt een nuttig hulpmiddel om de nieuwe wettelijke bevoegdheden van een VS en een PA in de praktijk verder vorm te geven conform de vereisten uit de wet.

Omdat elke afdeling dus een eigen invulling geeft aan de inzet van de VS/PA, is er binnen dit onderzoek voor gekozen om dit per afdeling kwalitatief te inventariseren en per casus (afdeling en/of specialisme) separaat te beoordelen. Hierbij richtte dit onderzoek zich op de verrichtingen die uitgevoerd zijn door de betreffende VS / PA. Met name de zelfstandig uitgevoerde verrichtingen en de registratie ervan is de focus geweest.

2.3.2 De Wmg en declarabele prestaties voor verpleegkundig specialisten en physician assistants

De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)[9] is de grondslag voor regulering van prestaties en tarieven. Beroepen die toegevoegd worden aan de Wet BIG, zoals de VS en de PA, vallen daarmee dus ook onder Wmg en onder de prestatie- en tariefregulering van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Relevante ontwikkeling binnen de Wmg in de tweedelijnszorg is de recente overgang naar prestatiebekostiging[10]. Vanaf 1 januari 2012 is tevens de nieuwe productstructuur DOT[11] ingevoerd en is prestatiebekostiging in combinatie met het transitiemodel tot 2014 van toepassing. Vrijgevestigde medisch specialisten ontvangen hun inkomsten vanaf 2008 op basis van volledige prestatiebekostiging, met dien verstande dat tot 2015 een tijdelijk plafond voor hun honorariumomzet geldt. Medisch specialisten in loondienst vallen niet onder het tijdelijke plafond: hun honorarium is immers vastgelegd in het loon dat ze ontvangen en staat dus los van de prestatiebeloning. Omdat in de onderzochte situaties zowel vrijgevestigde als medisch specialisten in loondienst voorkomen, was het van belang dit onderscheid mee te nemen in het onderzoek door in de vraagstellingen expliciet naar de maatschapsituatie te vragen.

[8] KNMG, V&VN en NAPA, Handreiking Implementatie taakherschikking, 2012
[9] http://wetten.overheid.nl/BWBR0020078/
[10] NZa, CI_11_28c, Invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg
[11] DOT: DBC's Op weg naar Transparantie

Tarieven voor DBC-Zorgproducten bestaan uit een kostendeel en een honorariumdeel. Het honorariumdeel is het maximumbedrag per zorgproduct dat in rekening gebracht kan worden ter vergoeding van de diensten van een medisch specialist. Het kostendeel is het bedrag per zorgproduct dat in rekening gebracht kan worden ter vergoeding van de instellingskosten, zoals personeelskosten en materiële kosten. Hieronder vallen dus onder meer ook de loonkosten voor de PA en de VS. Via een onderlinge verdeelsleutel vergoeden een aantal maatschappen een deel van de loonkosten van de PA/VS aan het ziekenhuis. Bij taakherschikking verschuiven er kosten van het honorariumdeel naar het kostendeel, echter door dit onderscheid tussen kostendeel en honorariumdeel is verschuiving van honorariumkosten naar het kostendeel niet mogelijk (zie hoofdstuk 6 voor belemmeringen). Dit wel van belang omdat taakherschikking in het kostendeel gevoeld wordt maar ook een effect in het honorariumdeel kan hebben, maar niet zichtbaar is.

Registreren, afleiden en declareren

De arts draagt zorg voor een juiste typering van de zorg en legt onder meer het type DBC en de diagnose vast. Een zorgtraject benoemt het geheel van prestaties van zorginstelling en medisch specialist, voortvloeiend uit de zorgvraag, maar is nog geen declarabele prestatie. Een zorgtraject kan bestaan uit één of meerdere subtrajecten. Een subtraject is een afgebakende periode binnen het zorgtraject van een patiënt die op een vooraf gedefinieerd moment wordt afgesloten op basis van vaste sluitregels in de registratiesystematiek. Een subtraject kan in combinatie met een diagnose herleid worden tot een DBC-zorgproduct of een uitvalproduct (niet declarabel product).

Deze systematiek waarbij zorg op basis van verrichtingen wordt geregistreerd, betekent dat binnen dit onderzoek naast de typering van de zorgproducten ook de geregistreerde verrichtingen en de betreffende zorgactiviteiten geïnventariseerd moesten worden.

De NZa heeft in de bestaande beleidsregels vastgelegd dat de betreffende poortspecialist verantwoordelijk is voor het zorgtraject en daarmee ook voor de juiste typering van de zorg en registratie ervan[12]. Alle zorgactiviteiten vinden plaats onder verantwoordelijkheid van de poortspecialist (hoofdbehandelaar) en moeten daarom ook gekoppeld worden aan een zorgtraject van een poortspecialisme om declarabel te zijn. Voor de VS / PA is het niet mogelijk om een initieel subtraject te openen en aldus een behandeling formeel te starten. De NZa is voornemens dit in 2015 mogelijk te maken.

Hieronder zullen we de drie belangrijkste zorgactiviteiten en de daarbij geldende criteria voor registratie kort toelichten.

Polikliniekbezoek en face-to-face criterium

In de beleidsregels rondom het *eerste polikliniekbezoek*, bij *een polikliniekbezoek, niet zijnde een eerste polikliniekbezoek dat leidt tot opening van een nieuwe DBC* en bij een *herhaalpolikliniekbezoek bij een lopende DBC*[13] *bij de polikliniekbezoeken* (resp. zorgactiviteitcodes 190007, 190011, 190012, 190008 en 190013) staat vermeld dat er sprake moet zijn van:

- een face-to-face contact[14] tussen patiënt en poortspecialist (specialist of arts-assistent)
  en
- “hulp door of vanwege het ziekenhuis”, waarbij de locatie (polikliniek, buitenpolikliniek, verpleeghuis) in onderhandeling tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder overeengekomen is.

Zorgactiviteiten die niet kunnen worden aangemerkt als een polikliniekbezoek zijn: medische keuringen, intercollegiale consulten, medebehandeling van klinische patiënten, overname van klinische patiënten en een intakegesprek voor een (klinische) opname.

---

[12] De Nederlandse Zorgautoriteit, beleidsregel BR/CU-2104, artikel 8.22, 8.25 en 8.26
[13] De Nederlandse Zorgautoriteit, beleidsregel BR/CU-2104, artikel 11.5.1
[14] In uitzondering hierop mag in geval van screen-to-screen beeldcontact tussen patiënt en poortspecialist worden vastgelegd

Het multidisciplinair overleg (190050) en Multidisciplinair consult (190010)

Een relevante andere activiteit is de registratie van een *Multidisciplinair overleg (190005)* en *Multidisciplinair consult (190010)*[15]. Deze mogen geregistreerd worden zodra er een bespreking is tussen minimaal drie medisch specialisten die systematisch de diagnostiek en het behandelplan van één patiënt bespreken en vastleggen. Uit vooronderzoek blijkt dat zowel PA als VS deelnemen aan deze overlegvormen. Een MDO mag geregistreerd worden als sprake is van een consult of polikliniekbezoek waarbij de patiënt wordt gezien door minimaal twee poortspecialisten (specialist of arts-assistent van verschillende AGB-specialismen) en waarbij dit consult of polikliniekbezoek onderdeel is van het DBC-zorgproduct van de hoofdbehandelaar. Voor beide overlegvormen geldt dat alleen een medisch specialist ze mag registreren[16].

Medebehandeling

Een andere relevante verrichting betreft de activiteit *medebehandeling* (190017)[17]. Hiervan is sprake als een poortspecialisme tijdens een klinische opname, een patiënt voor een eigen zorgvraag door een andere poortspecialist laat behandelen. Deze zorgactiviteit kan per face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist (arts of arts-assistent) in het kader van medebehandeling worden vastgelegd. VS / PA verrichten vaak op verzoek van andere afdelingen een vorm van preventieve medebehandeling.

2.3.3. Overige factoren: beroepsnormen en de WBGO

Behalve de wet- en regelgeving rondom de veiligheid en de financiering van de zorg zijn er nog andere factoren die de verdere uitrol van taakherschikking kunnen beïnvloeden.

Een eerste factor vormen de normen van de medisch-specialistische beroepsgroepen. Deze normen worden gehanteerd door verzekeraars bij inkooptrajecten en spelen bij de inzet van de VS / PA een mogelijke rol. Ondanks dat deze normen vanuit een kwaliteitsperspectief worden opgesteld, worden ze als een vereiste gezien voor het behoud van kwaliteit. Ze zijn net zoals richtlijnen en kwaliteitsnormen geen wettelijk voorschrift, maar betreffen wetenschappelijk onderbouwde en breed gedragen aanbevelingen waaraan zorgverleners zouden moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. Het is mogelijk dat deze aanbevelingen in een individueel geval niet van toepassing zijn. De toepassing van de kwaliteitsnormen in de praktijk is de verantwoordelijkheid van de behandelend arts en het niet kunnen voldoen aan de kwaliteitsnormen kan gevolgen hebben voor de registratie van de betreffende arts en dus ook voor het al dan niet kunnen leveren van de betreffende zorg door het ziekenhuis zelf. Deze normen gaan niet of beperkt in op de inzet van VS en/of PA, maar kunnen in de praktijk leidend zijn voor de inzet van de beroepsgroepen die er wel in staan vermeld.

We hebben richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van de onderzochte afdelingen geïnventariseerd. Hieruit blijkt dat slechts beperkt geadviseerd wordt om een VS / PA in het zorgproces te betrekken. Ondanks dat veel activiteiten ook door een VS of PA verricht zouden kunnen worden, zoals zorgcoördinatietaken of specifieke voorlichting, wordt de VS / PA in deze normen niet of nauwelijks genoemd. Voorbeelden van kwaliteitsnormen waarin de inzet van een VS wel wordt geadviseerd zijn die voor oncologie en urologie[18].

Een tweede, mogelijk geen belemmerende maar stimulerende factor voor taakherschikking vormt de *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* of *WGBO*. Een geneeskundige behandelingsovereenkomst is een vorm van een overeenkomst van opdracht (titel 7.7 B.W.). In deze wet wordt onder meer het recht van inzage in het eigen medische dossier geregeld. Ook bevat de WGBO een informatieplicht en toestemmingsvereiste. De zorgverlener is verplicht patiënten naar redelijkheid te informeren en hen toestemming voor een behandeling te vragen (bij kinderen de ouder of voogd). De patiënt is verplicht de zorgaanbieder correct en zo volledig mogelijk te informeren. Een zorgverlener heeft de plicht in levensbedreigende situaties te handelen. Dit betekent echter niet dat de patiënt zorg kan

[15] De Nederlandse Zorgautoriteit, beleidsregel BR/CU2104, resp. artikel 11.14, 11.16, 11.19
[16] De NZa is voornemens het mogelijk te maken dat de VS/PA in 2015 de dagverpleging en het MDO mogen registreren
[17] De Nederlandse Zorgautoriteit, beleidsregel BR/CU2104, resp. artikel 11.14, 11.16, 11.19
[18] Nederlandse Vereniging voor Urologie, Kwaliteitsnormen, april 2013

eisen van zijn behandelaar; in bepaalde gevallen kan deze de zorg ook weigeren. In de context van dit onderzoek is de informatieplicht belangrijk. De plicht betreft:

- De aard en het doel van de behandeling
- De risico's en de gevolgen van de behandeling
- Eventuele andere behandelingsmogelijkheden
- De vooruitzichten voor de gezondheidstoestand van de cliënt

Voor iedere niet-acute geneeskundige behandeling , is mondelinge of schriftelijke toestemming van de patiënt vereist. Zonder deze toestemming kan de hulpverlener geen behandeling starten of voortzetten. Als de patiënt of de zorgverlener dat wil, legt de zorgverlener in het dossier vast voor welke verrichtingen de patiënt toestemming heeft gegeven. Bij niet-ingrijpende verrichtingen kan toestemming als gegeven worden verondersteld.

Dit betekent dat deze verplichting invloed zou kunnen hebben op de taakherschikking omdat de medisch specialist verplicht is deze informatie te verstrekken. Deze informatie kan ook door een Verpleegkundig Specialist of Physician assistant kunnen worden gegeven.

2.4 Financiën in de gezondheidszorg

De financiën in de gezondheidszorg hebben in 2012 een belangrijke verandering ondergaan. Deze hervormingen moesten leiden tot een systeem van prestatiebekostiging. Ziekenhuizen krijgen sindsdien op basis van de geleverde zorgprestaties een vergoeding. Daarnaast is in datzelfde jaar de zogenaamde DOT-systematiek[19], een beoogde vereenvoudiging van de DBC-Zorgproducten ingevoerd. Op basis van afspraken tussen de minister van VWS met de Orde van Medisch specialisten en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen stelde de NZa van 2012 tot en met 2014 per instelling tevens een omzetplafond vast voor de honoraria van de vrijgevestigd specialisten. Bij de invoering van de integrale prijzen in 2015 zullen dit omzetplafond alsmede de door de NZa vastgestelde maximum honorariumtarieven vervallen en zullen ook de vrijgevestigde specialisten binnen de prestatiefinanciering vallen. Hiermee vervalt het onderscheid tussen honorariumdeel en kostendeel.

In de praktijk betekende de invoering van prestatiebekostiging in 2012 dat ziekenhuizen met vijf (in 2012) zorgverzekeraars afspraken moesten maken over de te leveren zorg, waarbij het risico tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder werd verdeeld.

In de komende periode zal naar verwachting steeds meer gezocht worden naar marktconforme prijzen waarbij ziekenhuizen, mede gestimuleerd door de zorgverzekeraars, prijzen gaan afstemmen op de daadwerkelijke kosten. Om dit te kunnen doen is het van belang alle kosten mee te nemen in een integrale kostprijs. Ook de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten zou zichtbaar moeten zijn om het effect van taakherschikking in de kostprijs tot uitdrukking te brengen. In de komende paragrafen wordt eerst in algemene zin de financieringsstructuur belicht voor zover relevant. Vervolgens gaan de paragrafen 2.4.1 tm 2.4.4 nader in op kostprijzen.

2.4.1 Kostprijsbepaling

Kostprijzen in ziekenhuizen kennen een lange geschiedenis. Deze paragraaf schetst in het kort de achtergrond en onderbouwing.

Historie van kostprijsbepaling in ziekenhuizen

In 1989 werd de Wijziging Declaratie Structuur (WDS) geïntroduceerd. Deze beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bepaalde dat ziekenhuizen hun productie zelf mochten prijzen. Sommige ziekenhuizen hebben toen lokaal met behulp van spreadsheets kostprijzen van verrichtingen berekend. Dit heeft in 1991 geleid tot een eerste inventarisatie van deze initiatieven door het Nationaal Ziekenhuis Instituut (Nzi, later Prismant). Later, in 1994 zijn diverse kostenverdeelstaten en kostprijsmethoden ontwikkeld voor het project producttypering. Hierin lag de nadruk op het bepalen van een integrale kostprijs via een kostenverdeelstaat. In 2003 is dit model door de Landelijke

[19] DOT: DBC's Op weg naar Transparantie

Stuurgroep DBC overgenomen. Vervolgens is het DBC-kostprijsmodel binnen 40 koploperziekenhuizen toegepast om de homogeniteit van DBC's te analyseren. Ziekenhuizen zijn in deze periode ook langzaam overgegaan van hun eigen lokale spreadsheets naar professionele kostprijsapplicaties.

De huidige kostprijssystematiek is uiterst complex en tijdrovend omdat ze uitgaat van een bottom-up benadering met de verrichtingen als kostendragers. Vooral het opschonen van verrichtingen en kostensoorten, alsmede het alloceren van overheadkosten is arbeidsintensief.

De concrete aanleiding voor een heel nieuwe fase in de ontwikkeling en toepassing van kostprijzen in ziekenhuizen (vanaf 2015) vormt de constatering van enkele ziekenhuisbestuurders dat men weliswaar al jaren kostprijzen bepaalt, maar dat dit voor de besturing van de instelling nauwelijks relevant is. Tegelijkertijd wordt het bepalen van reële kostprijzen steeds belangrijker in de onderhandelingen met zorgverzekeraars over de verkoopprijzen. In een reële verkoopprijs zouden alle achterliggende kosten verdisconteerd moeten zijn.

Doel van kostprijzen

Kostprijzen zouden, gegeven het kader van prestatiebekostiging, de afdelingsverantwoordelijke in staat moeten stellen om het resultaat te beïnvloeden. Dit leidt tot een ander begrip van doelmatigheid. Niet langer de benchmark tussen ziekenhuizen onderling is dan de maatstaf voor de verkoopprijs. Doelmatigheid betekent voortaan dat men met de *kostprijs* van een zorgproduct onder de verkoopprijs zit. En daarmee wordt het dus voor ieder ziekenhuis wenselijk om een juiste allocatie van kosten tot stand te brengen met een voldoende detaillering en een juiste weergave van de kostprijs per verrichting.

De afdelingsverantwoordelijke zou dus onder de marktprijs van een zorgproduct moeten gaan (zorg) produceren. Daarvoor moet hij de beschikking krijgen over relevante stuurinformatie, zoals een margeanalyse met een analyse van prijs-, bezettings- en profielverschillen. De kostprijzen hebben daarmee niet alleen een intern perspectief, maar ook een extern doel. Het gaat dan om het vaststellen van NZa-prijzen en prijsafspraken met zorgverzekeraars. Maar het is ook belangrijk - en misschien is dat wel het belangrijkste argument - omdat een steeds kritischer patiënt vraagt om transparantie rondom prijzen en daarmee ook om de legitimatie daarvan op basis van echte kosten. Figuur 5. vat de argumenten voor een kostprijsbenadering samen.

Figuur 5. Nut en noodzaak van kostprijzen

Deze benadering geeft aan dat de transparantie van registratie en het op grond daarvan bepalen van de realistische kostprijzen van belang is om goede verkoopprijzen tot stand te brengen.

Het vaststellen van kostprijzen

Er zijn verschillende methoden om kostprijzen vast te stellen. In de gezondheidszorg wordt in principe gebruik gemaakt van de zogeheten 'kostenplaatsmethode'[20]. Kosten worden in eerste instantie toebedeeld aan afdelingen en vervolgens aan de zogeheten kostendragers. Voorbeelden van kostendragers zijn de verrichtingen 'eerste consult' of

[20] Drs. F.F. Asselman, Kostprijzen in ziekenhuizen, Houten, 2008

'vervolgconsult'. Daarbij wordt een indeling gehanteerd die gebaseerd is op de aard van de kosten zoals die in de grootboekrekeningen is vastgelegd. De totale kosten van de afdelingen worden toegewezen aan de geregistreerde kostendragers; dit kunnen de verrichtingen zijn of de zogenaamde zorgactiviteiten.

De totale directe kosten worden vervolgens door middel van wegingsfactoren toebedeeld aan de kostendragers. De bepaling van de wegingsfactoren kan plaatsvinden op basis van verhoudingsgetallen (topdown) of op basis van de daadwerkelijke inzet van personeel, materieel en apparatuur per verrichting (bottom up). Het resultaat is een integrale kostprijs (zowel directe als indirecte kosten) voor de medische verrichting per afdeling.

Voor de kostprijsbepaling op poliklinieken worden in principe het eerste polikliniekbezoek, herhaalbezoeken, telefonische consulten, intercollegiale consulten en poliklinische ingrepen geregistreerd (poliklinische bevallingen, cytostaticaverstrekkingen etc.). Voor de bepaling van de wegingsfactor is de inzet van medisch specialisten, arts-assistenten en verpleegkundig personeel het meest relevant. Voor deze inzet wordt meestal de geplande spreekuurtijd als basis genomen.

Op de verpleegafdeling worden tijdens opname, behandeling en ontslag verschillende activiteiten verricht door verpleegkundigen, arts-assistenten en de medisch specialist. In de standaardkostprijs van een verpleegdag zijn de activiteiten van medisch specialist, zaalarts en verplegend personeel opgenomen.

2.4.2 Verrichtingen, zorgactiviteiten en DBC-zorgproducten

De Stichting Dutch Hospital Data (DHD) is opgericht door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) met als doel het beheer en onderhoud van verzamelingen van ziekenhuisgegevens, toezicht op relevante databanken die elders worden aangehouden en het bevorderen van een hoogwaardige informatievoorziening over de ziekenhuiszorg. Landelijk zijn 40 ziekenhuizen betrokken bij de registratie van verrichtingen op basis van de zogenaamde CBV-verrichtingen[21]. Het CBV-bestand is een in de praktijk gegroeid bestand waarvan ongeveer 40 ziekenhuizen en zeven academische centra gebruik van maken. In het bestand zijn verrichtingen van medische en paramedische vakdisciplines opgenomen. Op verzoek van (beroepsbeoefenaren uit) ziekenhuizen kunnen nieuwe verrichtingen en nadere detailleringen worden toegevoegd. Momenteel bevat het CBV-bestand meer dan 55.000 verrichtingen. Per jaar worden met behulp van dit CBV-bestand ruim 200 miljoen verrichtingen geregistreerd.

Het verrichtingenbestand kent vele toepassingen zoals de DBC-registratie, visitatierapporten, managementinformatie, productieoverzichten enzovoort. Veel verrichtingen zijn gelijk aan zorgactiviteiten die op hun beurt weer onderdeel uitmaken van een zorgproduct. Hierbij is het van belang dat iedereen een bepaalde verrichting op dezelfde manier interpreteert en op dezelfde manier aan een zorgactiviteit koppelt.

In de DOT-structuur moet gedurende het zorgtraject een diagnose geregistreerd worden evenals de zorgactiviteiten voor iedere medische handeling. Op vooraf overeengekomen afsluitmomenten van zorgtrajecten wordt de volledige beschikbare informatie van diagnose en zorgactiviteiten naar een externe grouper[22] verzonden. Deze grouper leidt hieruit op basis van beslisbomen zorgproducten af. Deze zorgproducten vormen de basis voor de declaratie van het ziekenhuis aan zorgverzekering en/of patiënt. De beslisbomen zijn gebaseerd op de diagnosen en uitgevoerde zorgactiviteiten. Deze combinaties van diagnosen en zorgactiviteiten noemen we ook wel het zorgprofiel van een DBC-zorgproduct.

Binnen dit onderzoek is op basis van landelijke profielen van DBC-Zorgproducten (het gemiddelde van 20 koploperziekenhuizen) uit 2012 de zorgproductkostprijs berekend. Daartoe is informatie op vijf niveaus verzameld en aan elkaar gekoppeld. Deze niveaus zijn:

[21] CBV: Centraal Beheer Verrichtingenbestand

[22] De grouper is een centrale landelijke computer die DBC-zorgproducten en add-ons (de declarabele prestaties) afleidt uit de zorginformatie die de zorginstelling invoert.

1. Taken die de beroepsbeoefenaar in de praktijk uitoefent
2. Geregistreerde verrichtingen
3. Geregistreerde CBV-verrichtingen
4. Zorgactiviteiten
5. Zorgproducten

De beroepsbeoefenaar voert *taken* uit, in het kader van zorg. Een deel van deze taken wordt geregistreerd in lokaal gedefinieerde *verrichtingen*. Een aantal van deze verrichtingen zijn (bij 40 aangesloten ziekenhuizen) een CBV-verrichting. Vervolgens zijn een aantal van deze verrichtingen *zorgactiviteiten* die vervolgens in combinatie met de diagnose (icd-10, geregistreerde zorgactiviteiten, profiel) aan de hand van de beslisboom leiden tot de registratie van een *zorgproduct* (Definitie NZa / DBC onderhoud).

Gegeven het ziekenhuis dat op lokaal niveau een eigen registratiewijze kan hebben met dummycodes en dergelijke, is het zeer goed mogelijk dat niveau 2 en 3 maar ook 3 en 4 per ziekenhuis verschillen. Binnen het onderzoek zullen deze niveaus daarom separaat in beeld gebracht worden.

3. De onderzoekspopulatie

Dit hoofdstuk beschrijft de onderzoekspopulatie aan de hand van algemene kenmerken (§3.1), kenmerken steekproef (§3.2) en kenmerken per specialisme (§3.3). De afsluitende paragraaf vat de overeenkomsten en verschillen samen (§3.4).

3.1 Algemene kenmerken

In de eerste plaats is gekeken naar de algemene kenmerken van de onderzochte ziekenhuizen en hoeveel physician assistants en verpleegkundig specialisten er werkzaam zijn. Deze ziekenhuizen zijn geselecteerd omdat deze een groot aantal werkzame PA/VS hebben, en zowel ziekenhuis (met maatschappen) alswel een academische achtergrond hebben. Doelstelling is om vast te stellen of de ziekenhuizen op hoofdlijnen vergelijkbaar zijn. Tabel 2 geeft een samenvattend overzicht.

Tabel 2: Kenmerken ziekenhuizen (2012), bron: jaarrekeningen 2012

	1	2	3	4
1e polikliniekbezoeken	157.450	155.213	148.755	239.180
Ziekenhuisopnames	31.363	31.563	26.556	45.521
Dagbehandeling	53.087	48.306	29.577	51.609
Verpleegdagen	197.104	149.986	144.809	221.196
Erkende bedden	953	663	673	1.102
Beschikbare bedden	700	-	545	848
Personeel	9.897	3.830	3.219	4.912
Opbrengsten zorggerelateerd	427 mln.	239 mln.	236 mln.	399,5 mln.
Aantal medisch specialisten	637	210	185	274
Aantal verpleegkundig specialisten*	54	13	14	28
Aantal physician assistants*	21	9	22	5

**In het onderzoek zijn alleen afgestudeerden betrokken*

Eén ziekenhuis wijkt af vanwege haar academische karakter, maar als we ons beperken tot de zorggerelateerde productie, is de omvang toch vergelijkbaar met de overige ziekenhuizen. Ziekenhuis 4 heeft qua polikliniekbezoeken de grootste omvang.

Ziekenhuis 1 zet veruit de meeste physician assistants en verpleegkundig specialisten in. Ziekenhuis 4 zet verhoudingsgewijs meer verpleegkundig specialisten in. Kijken we naar het specialisme waar deze twee beroepsgroepen werkzaam zijn, dan zien we in tabel 3 dat bij de snijdende en beschouwende specialismen veruit de meesten werkzaam zijn.

Tabel 3: Percentage physician assistants en verpleegkundig specialisten betrokken in het onderzoek naar snijdend, beschouwend en ondersteunend

Categorie	Landelijk		Ziekenhuizen		Steekproef	
	PA	*VS*	*PA*	*VS*	*PA*	*VS*
Snijdend	130	240	18	33	7	8
Beschouwend	135	551	32	69	24	13
Ondersteunend	33	48	7	6	2	2
Psychiatrie	0	197	0	3	0	0
Totaal	298	1036	57	111	33	23
% betrokken in onderzoek			*19,5%*	*10,7%*	*11,1%*	*2,2%*

Respectievelijk 10,5% en 19,1% van de in de betreffende ziekenhuizen werkzame populatie PA en VS zijn betrokken bij dit onderzoek. Behoudens het academische ziekenhuis hanteren alle ziekenhuizen het systeem ‘cost perform’ op dezelfde wijze. Daardoor hebben ze een vergelijkbare manier van kostprijsbepaling.

3.2 Kenmerken steekproef

Binnen het onderzoek is getracht per ziekenhuis en afdeling zoveel mogelijk de gehele populatie VS en PA te interviewen om zo uitspraken te kunnen doen over taakherschikking en kostprijzen. Tabel 4laat zien hoeveel van elk ziekenhuis de PA / VS geïnterviewd zijn. Daarnaast zijn ook medisch specialisten, bedrijfsleiders en controllers geïnterviewd. In totaal zijn er **108** interviews afgenomen voor het onderzoek. Als we het aantal geïnterviewde PA/VS afzetten tegen het totale aantal beroepsbeoefenaren per ziekenhuis dan is in tabel 5 samengevat te zien dat er gemiddeld 35% van de werkzame PA/VS zijn geïnterviewd (inclusief alle specialismen en afdelingen).

Tabel 4: Aantal geïnterviewden

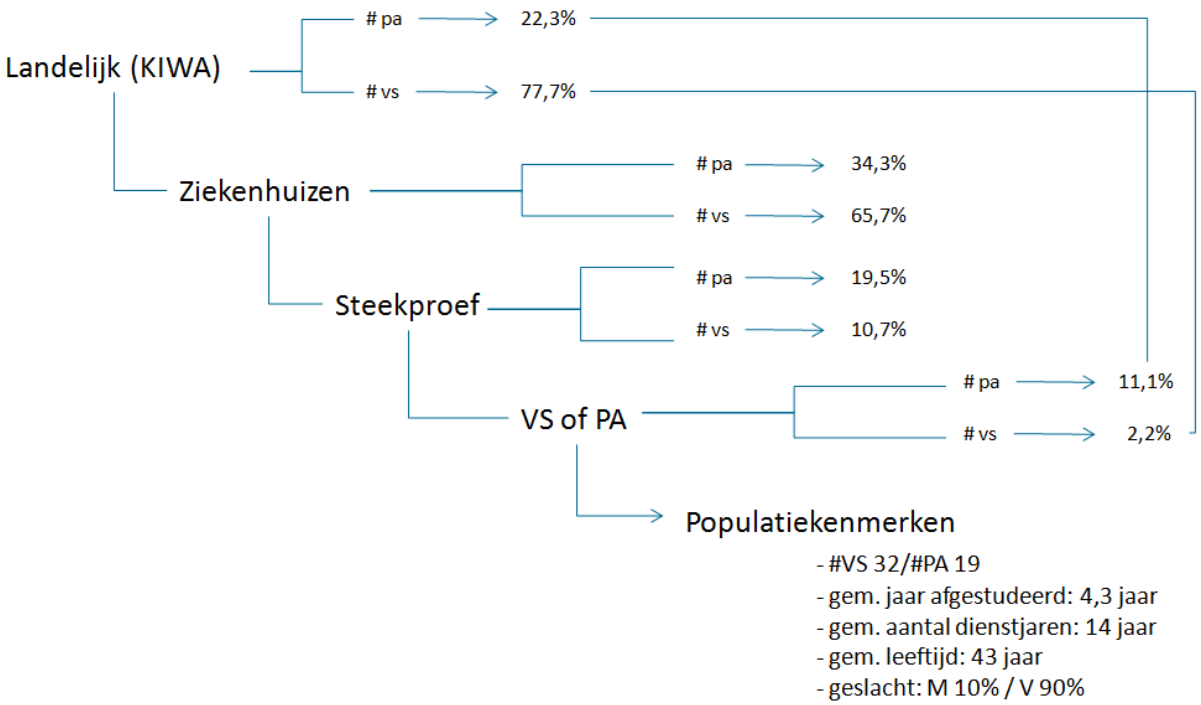
	1	2	3	4
# afgestudeerde PA	20	9	22	7
# afgestudeerde VS	56	13	14	28
# geïnterviewde MS	10	10	10	8
# geïnterviewde BL	12	3	2	3
# geïnterviewde PA	6	4	6	5
# geïnterviewde VS	10	5	9	8
Totaal geïnterviewd	*38*	*22*	*27*	*25*

Tabel 5: Percentage geïnterviewde physician assistants (PA) en verpleegkundig specialisten (VS) per ziekenhuis

	1	2	3	4
% PA geïnterviewd	30,00%	44,44%	27,27%	71,43%
% VS geïnterviewd	17,86%	38,46%	64,29%	28,57%
% van totale groep	*21,05%*	*40,91%*	*41,67%*	*37,14%*

Een samenvattend overzicht van de kenmerken op landelijk niveau, alsmede overige kenmerken zijn weergegeven in 0nderstaande figuur 6.

Figuur 6. Kenmerken onderzoekspopulatie



3.3 Kenmerken per specialisme

Tabel 6 (volgende pagina) geeft de onderzochte groepen per specialisme weer. Hieruit is op te maken dat bij vier onderzochte specialismen zowel de PA als de VS worden ingezet bij de ziekenhuizen (Chirurgie, Cardiologie, Algemene interne geneeskunde en Longgeneeskunde). Bij zes specialismen (Neurochirurgie, Urologie, Geriatrie, Intensive care, Neurologie, SEH) worden bij drie van de vier ziekenhuizen of PA of VS ingezet. De overige hebben beperkte of geen enkele inzet. Enkelen daarvan zijn wel geïnterviewd om eventuele belemmeringen op te sporen.

Tabel 6: Onderzochte specialismen en aard inzet physician assistants (PA) en verpleegkundig specialisten (VS)

Nr.	Specialisme/vakgebied	1	2	3	4
1	Chirurgie	Combinatie	Combinatie	Combinatie	Combinatie
2	Cardiologie	VS	*	Combinatie	VS
3	Algemene Interne	Combinatie	Combinatie	VS	Combinatie
4	Longgeneeskunde	VS	PA	PA	VS
5	Neurochirurgie	PA	PA	PA	*
6	Urologie	VS	VS	VS	*
7	Geriatrie	PA	VS	*	*
8	Intensive Care	VS	*	PA	VS
9	Neurologie	VS	*	Combinatie	Combinatie
10	Anesthesiologie	PA	*	Combinatie	*
11	SEH	-/-	-/-	*	VS
12	Dermatologie	-/-	*	VS	*
13	Hematologie	Combinatie	*	*	*
14	KNO	*	-/-	PA	*
15	Mond- Kaak en Aangezicht	-/-	*	*	*

* niet in onderzoek betrokken (ofwel geen inzet)/

-/- geen inzet, wel geïnterviewd

3.4 Samenvatting kenmerken

Er zijn vier ziekenhuizen onderzocht: een academisch ziekenhuis en drie topklinische ziekenhuizen. Qua kenmerken zijn de vier ziekenhuizen verschillend. Het aantal PA en VS dat werkzaam is in de onderzochte ziekenhuizen vormt respectievelijk 19,5% en 10,7% van het totale aantal in 2012 gemeten werkzame beroepsbeoefenaren (Kiwa/Prismant). Binnen de ziekenhuizen is in de steekproef gemiddeld 35,19% betrokken. Dit betreft respectievelijk 11,1% en 2,2% van de totale landelijke populatie.

De gemiddelde leeftijd van de geïnterviewde PA/VS is 43 jaar. De beroepsbeoefenaren zijn gemiddeld 4,3 jaar afgestudeerd en werken gemiddeld 14 jaar in de zorg.

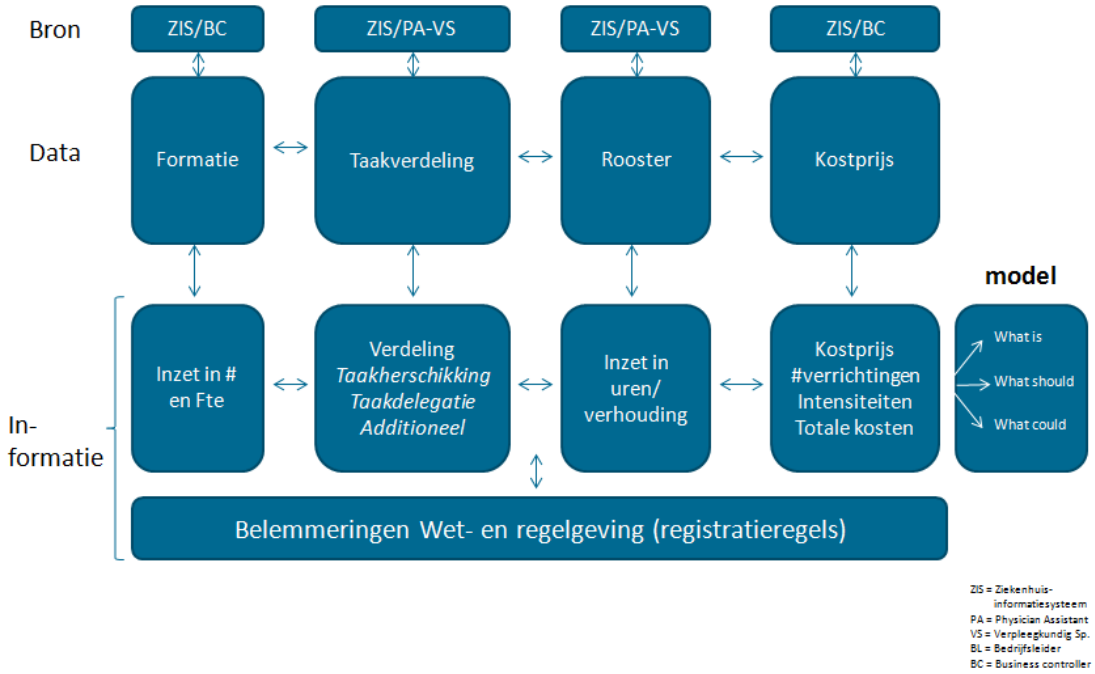
In totaal zijn 15 specialismen betrokken bij het onderzoek. Beide beroepsbeoefenaren worden zeer wisselend ingezet op afdelingen. Soms enkel VS, soms enkel PA, soms in combinatie. Bij vier onderzochte specialismen worden in de ziekenhuizen beroepsbeoefenaren in combinatie ingezet (Chirurgie, Cardiologie, Algemene interne geneeskunde en Longgeneeskunde). Bij zes specialismen (Neurochirurgie, Urologie, Geriatrie, Intensive care, Neurologie, SEH) wordt in drie van de vier ziekenhuizen ofwel een PA ofwel een VS ingezet.

De overige specialismen hebben nauwelijks of geen inzet. Enkelen van die afdelingen zijn toch geïnterviewd om vast te stellen waarom zij er niet voor gekozen hebben om een PA en/of VS in te zetten.

4. De toolbox 'taakherschikking'

Dit onderzoek tracht de praktijk van taakherschikking te verbinden met de achterliggende kostprijssystematiek en de beschikbare gegevens binnen de ziekenhuizen. Grondslag voor de analyse is de zogenaamde 'toolbox'. Dit is een aanpak om taakherschikking in de registratiesystemen inzichtelijk te maken. Die hiernavolgende beschrijving kan dus ook door ziekenhuizen worden gebruikt om de effecten van de taakherschikking in de kostprijzen zichtbaar te maken. Figuur 7 geeft de aanpak schematisch weer.

Figuur 7: Toolbox analyse taakherschikking



De aanpak bestaat uit vier hoofdcategorieën: formatiegegevens, taakverdeling, roostergegevens en kostprijsgegevens. Deze gegevens worden verkregen uit de ziekenhuisinformatiesystemen en de interviews met verpleegkundig specialist/physician assistant, medisch specialist, bedrijfsleider en/of controller. Uit deze gegevens worden de inzet en de onderverdeling naar taakherschikking, delegatie of additionele zorg vastgesteld. Deze informatie wordt getoetst aan de roosterinzet en de kostprijsgegevens. Daarmee ontstaat gevalideerde informatie. Discrepanties tussen deze categorieën leidt bovendien tot nieuwe inzichten, bijvoorbeeld ten aanzien van (mogelijke) belemmeringen voor taakherschikking. Tijdens het onderzoek is het beeld steeds verder aangescherpt door dergelijke discrepanties nader te onderzoeken. Een voorbeeld is dat gegevens uit de roosters niet overeenkwamen met de in interviews geconstateerde ureninzet. Nader onderzoek verschafte inzicht in de belemmeringen die daarbij een rol spelen maar ook in het aantal uur dat gegeven de informatie de werkelijkheid het beste benaderde.

In de volgende paragrafen worden de vier basisstappen in het model verder toegelicht.

4.1 Formatiegegevens

Aan de hand van de formatiegegevens kan de inzet in fte en aantallen medewerkers in kaart gebracht worden. Dit beeld kan weer vergeleken worden met de feitelijke verdeling van herschikte, gedelegeerde of additionele zorgtaken. Bij het vaststellen van de formatie is het van belang een trend te ontdekken over een aantal jaren omdat het aantal ingezette PA/VS een voorspeller kan zijn van de mate van taakherschikking. Een toe- of afname van de formatie kan behalve door bewuste keuzes rondom taakherschikking natuurlijk ook door verloop plaatsvinden. Daarnaast moet de formatie medisch specialisten en arts-assistenten meegenomen worden omdat daarmee de taakherschikking financieel zichtbaar wordt.

4.2 De taakverdeling

Om een eenduidige en herkenbare aanpak binnen het onderzoek te ontwikkelen is ervoor gekozen om op basis van §2.1 de volgende definities te hanteren:

1. Taakherschikking is gericht op de *structurele* herverdeling van taken. Dat betekent: de taken worden *zelfstandig* uitgevoerd, de herverdeelde taken worden *standaard ingeroosterd* en de beroepsbeoefenaar wordt volledig *verantwoordelijk geacht* voor de 'herverdeelde' taak.

2. Delegatie is *incidentele* herverdeling van taken. Het betreft de delegatie van taken aan beroepsbeoefenaren met een lagere kwalificatie of zelfs zonder benodigde deskundigheid. Met name de tijdelijkheid en de directe betrokkenheid van de medisch specialist zijn hier van belang. Dus: de taak is *niet standaard ingeroosterd* en er is de mogelijkheid van *direct toezicht en tussenkomst* van de medisch specialist. Deze taak wordt in opdracht van en onder supervisie van medisch specialist uitgevoerd.

3. Additionele zorg betekent een uitbreiding van de taken van bestaande professionals. Binnen het onderzoek maken we onderscheid tussen 'zorggerelateerd' en 'niet- zorggerelateerd' om het verschil tussen bijvoorbeeld psychosociale hulp en secretariële/logistieke taken zichtbaar te maken. Tabel 7 vat de operationalisatie van de begrippen samen.

Tabel 7: Operationalisatie van de begrippen

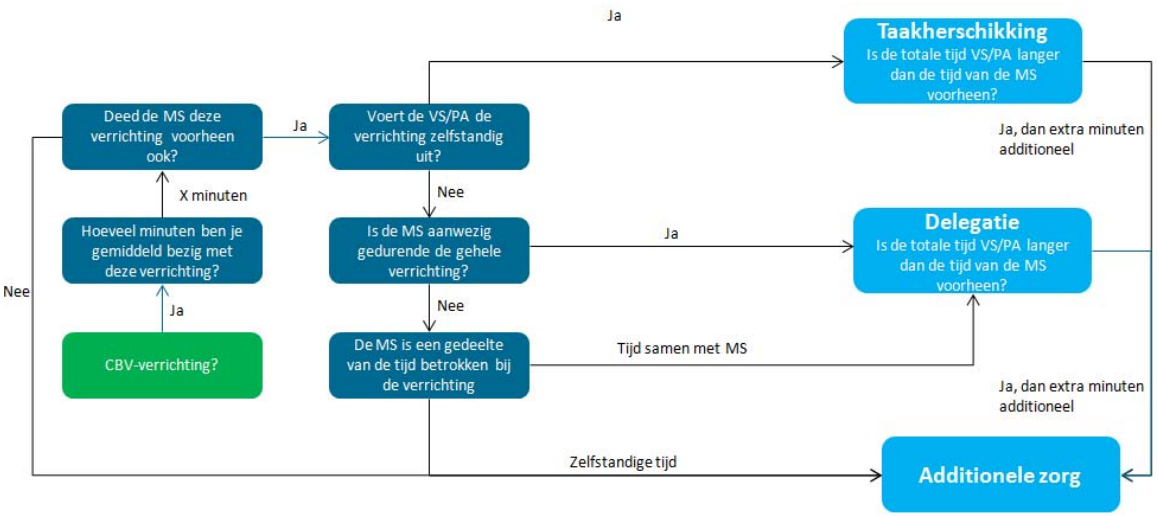
	Taakherschikking	Taakdelegatie	Additionele zorg
Definitie	*Structurele herverdeling van taken over beroepsgroepen*	*Niet structurele herverdeling van taken; taken worden in opdracht onder supervisie uitgevoerd*	*Uitbreiding of toevoegen van taken uit eigen beroep of toename van zorgvraag*
Operationalisatie	*Zelfstandig (j/n)* *Waarneming=VS/PA of MS* *Verantwoordelijk = VS/PA*	*Zelfstandig of niet zelfstandig* *Waarneming = MS/AA* *Verantwoordelijk = MS*	*Zelfstandig* *Waarneming= VS/PA of VPL* *Verantwoordelijk = VS/PA*

*PA: Physician assistant/VS: Verpleegkundig specialist/MS: Medisch specialist/AA: arts assistent

Beslisboom taakherschikking

Elk interview is door drie onderzoekers beoordeeld die vervolgens een gezamenlijke conclusie hebben getrokken. Hiervoor is de beslisboom in figuur 8 gebruikt. Deze beslisboom operationaliseert de wet- en regelgeving en de landelijk gehanteerde definities. De geïnterviewde PA/VS heeft in een lijst met verrichtingen aangegeven welke hij of zij heeft uitgevoerd. Vervolgens is bij iedere verrichting vastgesteld hoeveel minuten de medewerker bij de verrichting betrokken was, of en in welke mate deze overgenomen werd van de medisch specialist en of deze bij de uitvoering betrokken was. Op basis van deze opgave is vastgesteld om welke van de drie vormen van taakverdeling het ging. De opgave is ten slotte ter validatie voorgelegd aan de medisch specialist en zo mogelijk ook aan een collega medisch specialist of een collega VS/PA .

Figuur 8: Beslisboom taakherschikking



De opgave van de VS en/of PA is veelal een schatting van het aantal verrichtingen en het aantal minuten waarmee deze met de verrichting bezig is. Die schatting werd vervolgens aan de hand van roostergegevens nader op juistheid gecontroleerd. Binnen het onderzoek is zo een database opgebouwd met gedetailleerde gegevens omtrent de verrichtingen, waarbij onderscheid gemaakt is tussen het geregistreerde aantal verrichtingen en het opgegeven aantal verrichtingen.

4.2.1 De bruto-netto factor

Om de maximale inzetbaarheid van een medewerker te bepalen is gebruik gemaakt van de 'bruto-nettofactor[23]'. Deze factor rekent met een fulltime aanstelling van bruto 1872 uren per jaar. De netto inzetbaarheid is feitelijk lager als gevolg van vakantie, feestdagen, afwezigheid door cursussen, ziekteverzuim en verlof. Binnen het onderzoek is gewerkt met een netto inzetbaarheid van 1579 uur per jaar voor algemeen personeel, gebaseerd op CAO-afspraken en een ziekteverzuim van 4,05%. Dit is een correctie van 19% op de bruto inzetbaarheid. Voor dit onderzoek is omwille van vergelijkbaarheid één factor gehanteerd voor alle ziekenhuizen.

4.2.2 Berekening 'taakverdeling'

De totale taakverdeling is, aan de hand van het voorgaande, als volgt berekend:

Berekening 'taakverdeling'		
A	Aantal verrichtingen * Aantal minuten *taakherschikking* (/ 60)	= # uur taakherschikking p/j
B	Aantal verrichtingen * Aantal minuten *taakdelegatie* (/60)	= # uur taakdelegatie p/j
C	Aantal verrichtingen * Aantal minuten *additionele zorgtaken*(/60)	= # uur additioneel p/j
D	Totaal in verrichting geregistreerde taken	D = A+B+C
E	Netto inzetbaarheid	E = fte * (1.579 uren)
F	Overige taken	F = E - D

Door per beroepsbeoefenaar het aantal minuten per verrichting te inventariseren, ontstaat er een profiel van geregistreerde verrichtingen in termen van uren per jaar (verhouding A, B en C). Deze taakverdeling leidt tot een totaal aantal uren (D). Als we dit van de bruto-netto-factor aftrekken, leidt dit tot 'overige taken' (F) die niet geregistreerd worden.

4.3 Roosters

Het onderzoek heeft ook de roostergegevens gebruikt om te toetsen of de gegevens uit de interviews correct zijn. Daarbij heeft zowel een controle op de tijdsduur van een verrichting als op het aantal verrichtingen plaatsgevonden.

In de eerste controle is via de agendacode gecontroleerd of de in interviews gemelde gegevens over de tijdsduur van verrichtingen strookten met de geplande roostertijden. Dit is nodig omdat alleen bij de afdeling anesthesie de gerealiseerde uren worden bijgehouden omdat het aantal uur OK-tijd als basis voor de interne afrekening gebruikt wordt.

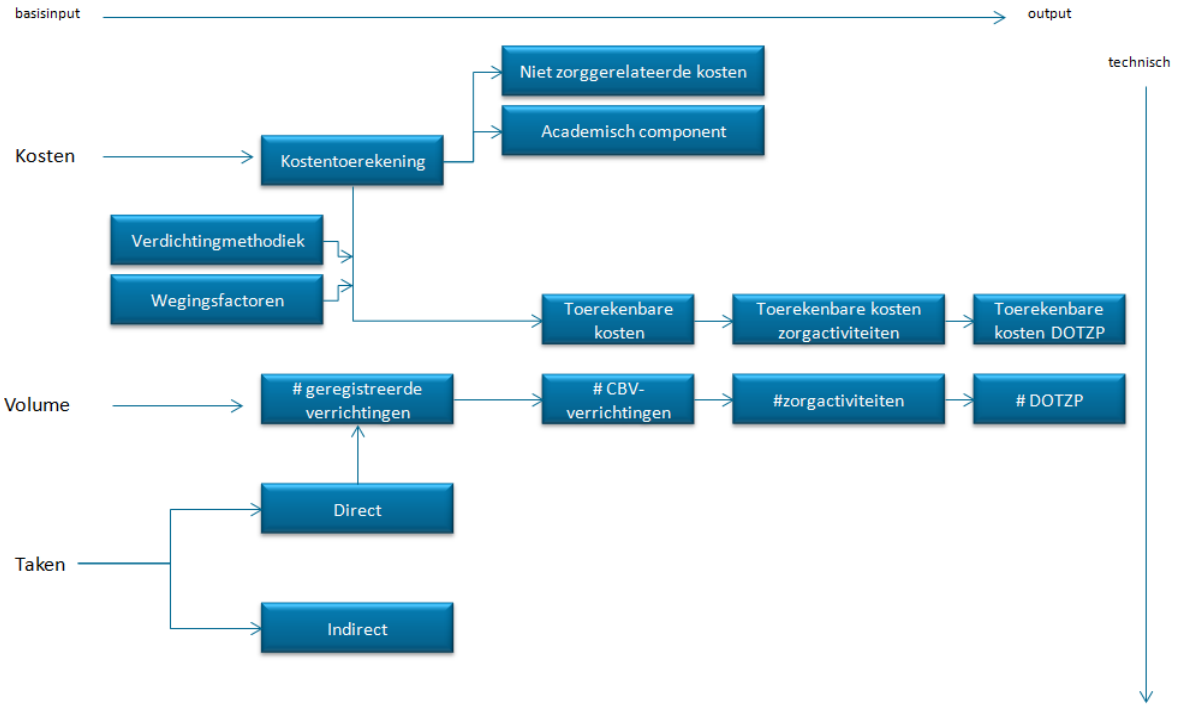
Een tweede controle betrof de vergelijking tussen geroosterde verrichtingen en verrichtingen die in het registratiesysteem verantwoord waren. Deze laatste worden immers als basis gebruikt voor de kostprijsberekening.

[23] Ir. L.M. Berrevoets, Dr. HJ.J.M. Berden, *Bruto Netto Factor als hulpmiddel voor het transparant maken van de artsenorganisatie*, 2007.

4.4 Kostprijzen

Dit onderzoek legt de verbinding tussen de praktijk van taakherschikking (taken) en de daaruit volgende registratie van verrichtingen. Deze geregistreerde verrichtingen vormen zorgactiviteiten die op hun beurt het DBC-profiel vormen van een zorgproduct. De analyse van de kostprijzen heeft volgens de stappen in figuur 9 plaatsgevonden.

Figuur 9: Uitgebreid model voor de analyse van kostprijzen



Drie basisgegevens liggen ten grondslag aan kostprijzen: kosten, geregistreerde volumes van verrichtingen en de directe en indirecte taken. De kosten worden aan de betreffende verrichtingen toegerekend op basis van een verdichtingsmethodiek en wegingsfactoren (danwel intensiteiten). Om een kostprijs per verrichting te kunnen berekenen is ook het geregistreerde volume van de betreffende verrichtingen nodig. Men kan op verschillende niveaus kostprijzen berekenen:

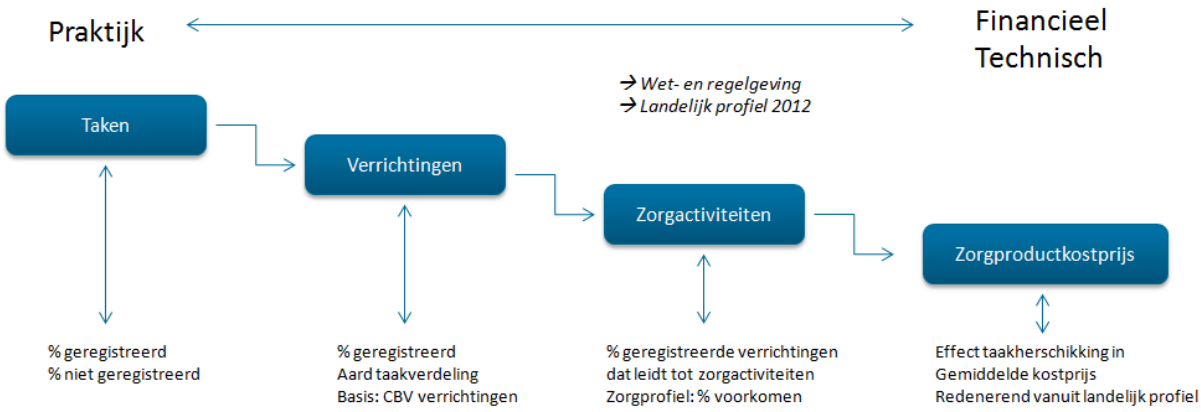
1. Kostprijs op basis van totale verrichtingenbestand (CVB- en zelf- gedefinieerde verrichtingen)
2. Kostprijs op basis van alleen CBV-verrichtingen
3. Kostprijs op basis van zorgactiviteiten
4. Kostprijs op basis van zorgproducten

Deze niveaus zijn terug te zien in onderstaande grafiek. Ziekenhuizen registreren verrichtingen (eigen of landelijke). Een aantal van deze verrichtingen leidt tot registratie van een zorgactiviteit en een zorgactiviteit wordt vervolgens gebruikt om een DBC-zorgproduct af te leiden. Op elk van deze niveaus kan men een kostprijs vaststellen.

4.4.1 Verrichtingen, zorgactiviteiten en DBC Zorgproducten

De gehanteerde toolbox verbindt praktijk en financieel-technisch systeem door de informatie op vier niveaus met elkaar te verbinden. Het eerste niveau is dat van de geïnventariseerde taken (interviews). Dit wordt verbonden met het tweede niveau van de geregistreerde verrichtingen. Bij elke verrichting wordt de omvang (het aantal minuten) en de aard (taakherschikking, taakdelegatie of additionele taken) geïnventariseerd. Vervolgens worden de betreffende verrichtingen op het derde niveau aan de landelijk gedefinieerde zorgactiviteiten gekoppeld zodat op het vierde en laatste niveau de relatie met de zorgproductkostprijs gelegd kan worden. Figuur 10 vat dit samen.

Figuur 10. Van taken naar zorgproducten

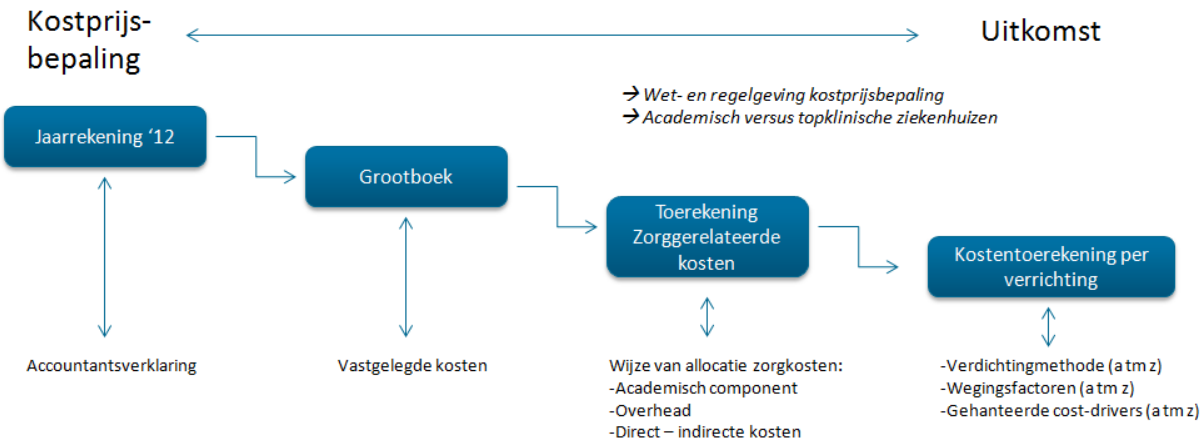


Basis zijn in alle gevallen de landelijke (registratie-)regels waaraan een ziekenhuis moet voldoen.

4.4.2 Van jaarrekening naar kostentoerekening

Bij de bepaling van de kostprijzen is het uitgebreide model (figuur 9) van toepassing. Vanuit de jaarrekening (incl. accountantscontrole) heeft de externe accountant een controle op de totale kosten in het grootboek uitgevoerd. Deze controle komt overeen met de input en output van Cost Perform voor de aangesloten ziekenhuizen. De toerekening van de kosten kan complex zijn voor wat betreft de echte zorggerelateerde kosten en mogelijke wegingsfactoren die op afdelingsniveau verschillend gehanteerd kunnen zijn. Figuur 11 geeft deze genoemde controles weer.

Figuur 11. Van kosten naar kostprijs



Het onderzoek heeft niet opnieuw de toerekening van kosten in detail in kaart gebracht omdat er steeds een uitgebreide accountantscontrole (getekende verklaring) aanwezig was. Wel is de systematiek van kostenberekening in kaart gebracht zodat kon worden bepaald of taakherschikking terug te zien is in de kostprijzen. Vaak zijn door ziekenhuizen ook zogenaamde wegingsfactoren vastgesteld. Aan de hand van de gesprekken is in kaart gebracht hoe deze wegingsfactoren zijn vastgesteld, of ze regelmatig geactualiseerd worden en of ze leiden tot zichtbaarheid van de taakherschikking in de kostprijzen.

4.4.3 Sensitiviteitsanalyse kostprijzen

Vervolgstap was om te bepalen in hoeverre ziekenhuizen de in de praktijk gerealiseerde taakherschikking daadwerkelijk in hun kostprijzen tot uitdrukking brengen. Concreet betekent dit een rekenslag van de kostprijs van de verrichtingen waarbij een VS en/of PA wordt ingezet naar de verwachte kostprijsmutatie en het effect op de DBC-zorgproductprijs. Op ziekenhuisniveau zou je dit op kostenniveau kunnen uitrekenen, maar vanwege de gevoelige informatie hebben we dit op een hoger niveau uitgerekend. Hierbij zijn een aantal aannames als uitgangspunt genomen:

- Elk ziekenhuis rekent de juiste kosten door naar een verrichting.
- Het aantal door VS/PA opgegeven verrichtingen is correct. Als dit hoger is dan geregistreerd, dan is het aantal geregistreerde verrichtingen aangehouden.
- De kostprijs wordt per product op basis van het landelijke profiel vastgesteld. Hierdoor blijven niet alleen algemene kosten (bv. voor wetenschappelijk onderzoek) buiten beschouwing maar ook kosten voor verrichtingen die niet in het landelijk profiel voorkomen.
- De berekening gaat uit van de aanname dat een verminderde inzet van medisch specialisten tot een verlaging van kosten in de verrichting leidt.

Binnen deze aannames is bepaald of een kostprijs de gemeten taakherschikking voldoende tot uitdrukking brengt. Dat verliep volgens deze berekeningsstappen:

1. Bepaling van de gewogen gemiddelde kostprijs per zorgactiviteit
2. Bepaling mutatie kostprijs aan de hand van de taakverdeling op basis van de gemiddelde salarislasten inclusief sociale lasten en bijkomende salarislasten van VS/PA en medisch specialist
3. Prijsbepaling zorgproduct op basis van (1) en (2) en het gemiddelde landelijke profiel[24]
4. Bepaling van de totale kosten op basis van (3) en volumes van één ziekenhuis
5. Vaststelling sensitiviteit[25] van kostprijsberekening.

Ieder ziekenhuis heeft volgens de eigen kostprijsmethodiek kostprijzen per verrichting 2012 bepaald op verrichtingniveau. Deze prijzen werden omgerekend naar een gewogen gemiddelde kostprijs per externe zorgactiviteitencode, gecombineerd met de volumes van 2012.

Vervolgens werd voor de verrichtingen waarbij de PA / VS wordt ingezet een nieuwe kostprijs per verrichting bepaald. De kostprijs per verrichting werd verhoogd met een bedrag per minuut dat de PA/VS aan deze verrichting besteedt[26] en vervolgens verlaagd met de gemiddelde salarislast van een medisch specialist.

De prijs per zorgproduct werd daarna volgens de oude en nieuwe kostprijs bepaald. Hiervoor werd het aantal keer dat een verrichting voorkomt in een product volgens het gemiddeld landelijk profiel vermenigvuldigd met de prijs per verrichting.

Als laatste werden de totale kosten volgens de oude en de nieuwe prijzen bepaald. Hiervoor werd het aantal keer dat een product per jaar wordt uitgevoerd vermenigvuldigd met de oude en de nieuwe prijs per product. Ten slotte konden dan de oude en nieuwe kostprijs op verrichtingniveau, op zorgproductniveau en op het totale kostenniveau worden vergeleken. Ook is, waar mogelijk, een vergelijking per specialisme gemaakt.

---

[24] *RZ12C, het gemiddeld aantal voorkomen van verrichtingen in een zorgprofiel*

[25] Dit is de mate waarin de gehanteerde kostprijsmethodiek gevoelig is voor financiële effecten van taakherschikking

[26] *Gemiddelde salarislast PA (71.873 euro), VS (64.111 euro) en Medisch Specialist (156.780 euro)*

4.5 Validatie

Gedurende het onderzoek zijn uit interviews met VS/ PA verkregen gegevens op drie manieren gevalideerd (triangulerend):

- Door vergelijking met roostergegevens
- Door vergelijking met geregistreerde verrichtingen in het ZIS
- Door verificatie van de gegevens tijdens de interviews met Medisch Specialisten en collega PA/VS

Basis voor deze validaties vormden samenvattingen van de interviews.

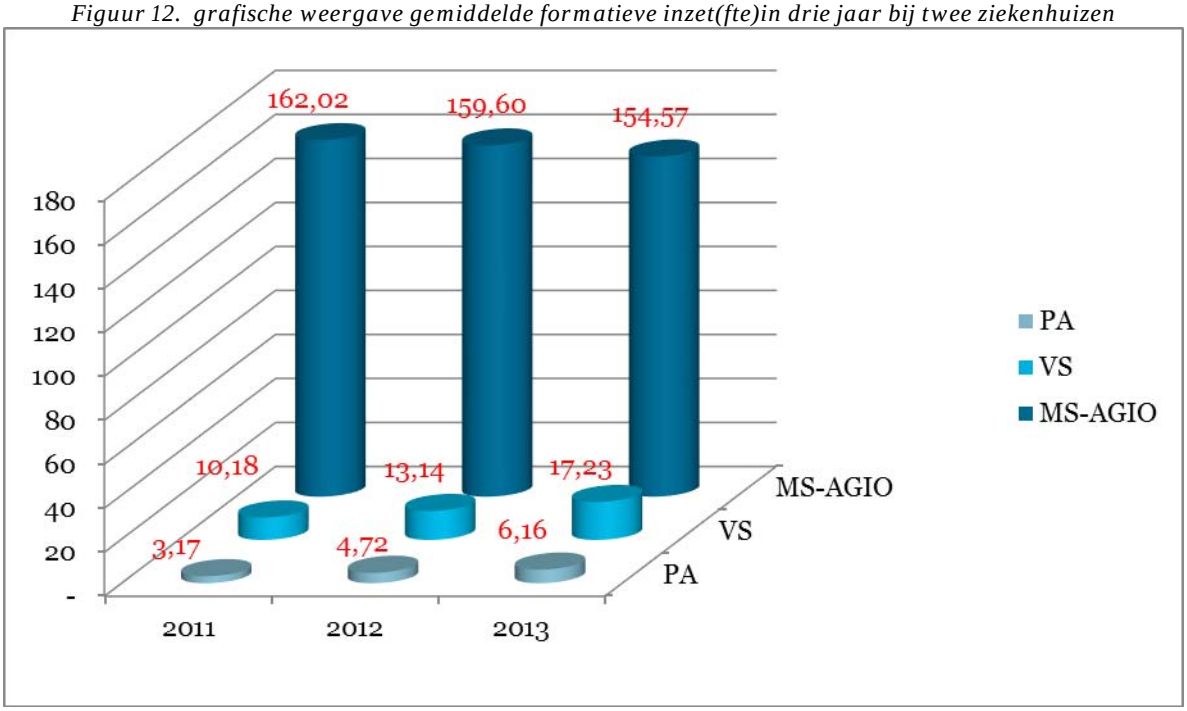
5. Onderzoeksresultaten

Dit hoofdstuk geeft aan de hand van de onderdelen uit de toolbox de onderzoeksresultaten weer. Deze resultaten worden om reden van bronbescherming niet herleidbaar gepresenteerd. §5.1. beschrijft de formatieve inzet van VS en PA. §5.2 schetst het aandeel taakherschikking in de taakverdeling. §5.3 gaat in op de motivatie voor het inzetten van VS/PA. In §5.4 volgt de registratie van verrichtingen en in §5.5 schetsen we de kostprijsbepaling.

5.1 De formatieve inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten

Alle ziekenhuizen zijn gevraagd per onderzocht specialisme een formatieoverzicht (jaren 2010, 2011, 2012 en 2013) aan te leveren. Twee ziekenhuizen hebben volledige (vergelijkbare) lijsten aangeleverd die bruikbaar waren voor een detailanalyse. De overige ziekenhuizen konden vanwege registratieve redenen de gegevens beperkt of niet correct aanleveren. Dit betekende dat bij deze ziekenhuizen slechts een (beperkte) analyse uitgevoerd kon worden die een relatief beeld geeft van de formatieveranderingen in drie opeenvolgende jaren.

Figuur 12. grafische weergave gemiddelde formatieve inzet(fte)in drie jaar bij twee ziekenhuizen



In tabel 8 zijn de feitelijke gemiddelden met indices weergegeven.

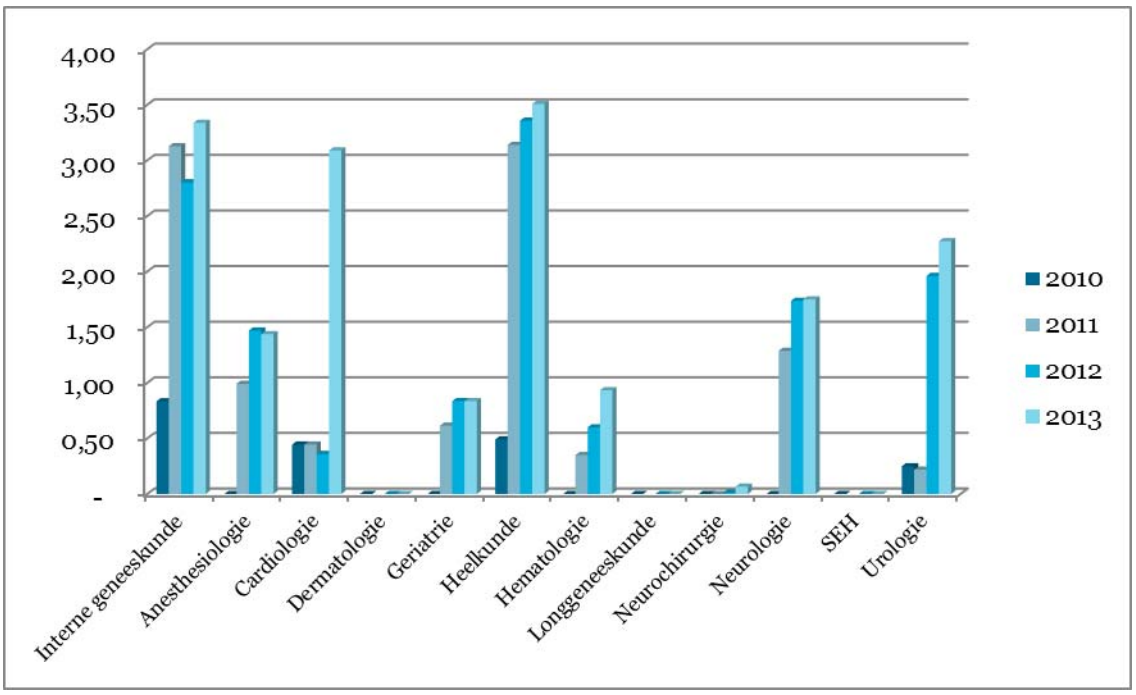
Tabel 8. Formatie inzet van twee ziekenhuizen in fte en indexcijfers (2011 = 100%) omgezet

Index	2012	2013
Totale formatie	101,20	101,48
Groei Medisch specialisten, incl. AIOS	98,51	95,40
Verpleegkundig specialisten	129,12	169,34
Physician assistants	149,09	194,53

Hier zien we over de afgelopen twee jaar een patroon van een stijgende totale formatie waarin een lichte daling van het aantal fte medisch specialisten en arts-assistenten in opleiding te zien is, terwijl het aantal verpleegkundig specialisten en physician assistants is gestegen.

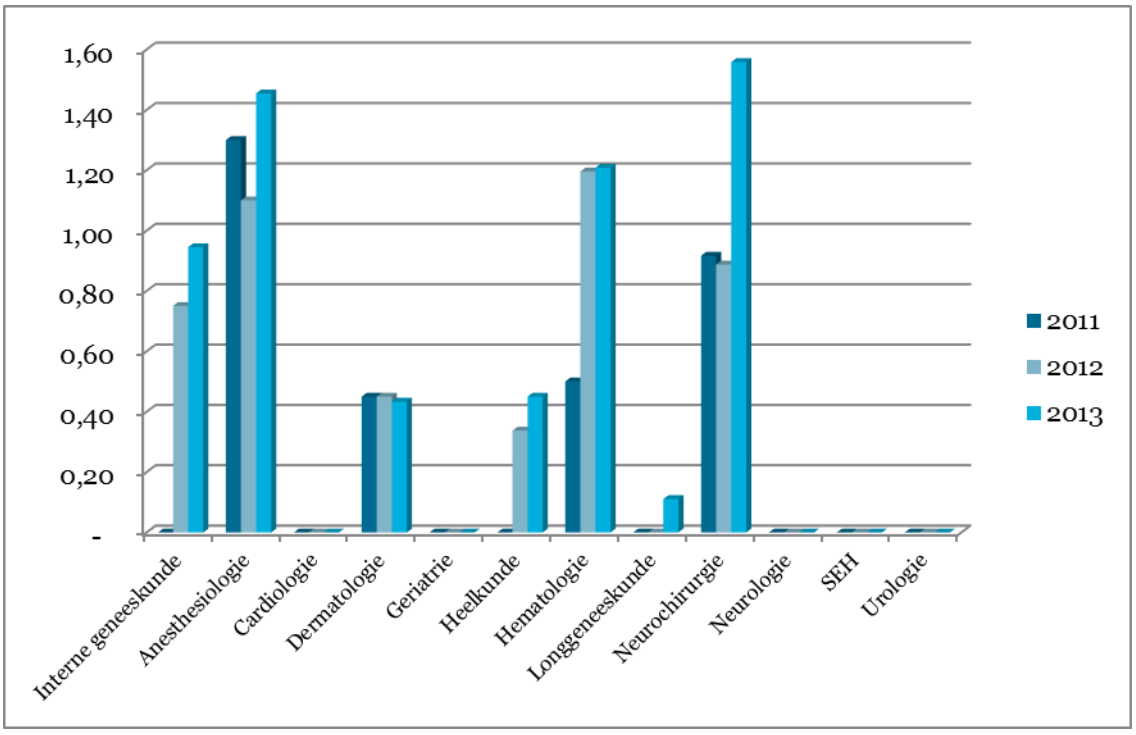
Op het niveau van de afzonderlijke specialismen is in figuur 13 op de volgende bladzijde te zien dat de verpleegkundig specialist met name op interne geneeskunde, heelkunde, neurologie, urologie, anesthesiologie en cardiologie wordt ingezet.

Figuur 13. Grafische weergave formatieve inzet verpleegkundig specialisten per specialisme in fte



De physician assistant wordt voor een belangrijk deel op anesthesiologie, hematologie, neurochirurgie en interne geneeskunde ingezet.

Figuur 14. grafische weergave formatieve inzet physician assistants per specialisme in fte



Binnen het onderzoek zijn de specialismen met een inzet boven de 2,0 fte betrokken.

5.2 Taakverdeling

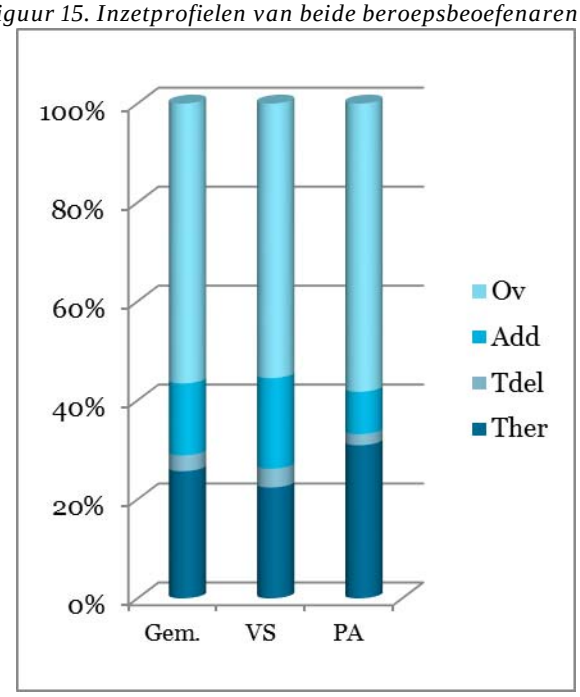
Bij 49 beroepsbeoefenaren zijn de taken geïnventariseerd en vervolgens is bepaald bij welke van deze taken een relatie met een verrichting bestond. Van elke verrichting is vervolgens vastgesteld of er sprake was van taakherschikking, delegatie of additionele zorg en of deze zelfstandig werd uitgevoerd. Tevens is de tijd die men aan de verrichting heeft besteed gevraagd, exclusief de supervisietijd van/door medisch specialist. In tabel 9 zijn de gemiddelde profielen, in jaaruren weergegeven.

Tabel 9. Inzetprofielen van beide beroeps-beoefenaren in jaaruren

	Gem.	VS	PA
Ther	366,40	309,34	464,67
Tdel	45,48	52,40	33,55
Add	207,22	252,75	128,79
Overig	805,91	766,06	874,53
N	49,00	31,00	18,00

Figuur 15 is een grafische weergave van deze verdeling in procenten. Aan de hand van het aantal dienstverbanduren is de maximale inzet per jaar vastgesteld. Het aantal overige uren (Ov) geeft het resterende deel van de inzetbaarheid weer. De categorieën Taakherschikking (Ther), Taakdelegatie (Tdel) en Additioneel (Add) geven het aantal uur weer dat door verrichtingen verklaard kan worden (# verrichtingen * # minuten). Hieruit blijken duidelijke verschillen tussen de inzet van VS en PA (zie hieronder). Daarnaast is onderzocht of er een relatie tussen het aantal jaar afgestudeerd en de mate van herschikking bestond; dit bleek niet het geval te zijn (P-0,56/Sign. 0,701). Hieruit is te concluderen dat andere factoren invloed hebben op de mate van taakherschikking. Betrokkenen geven hierbij aan dat vooral op basis van vertrouwen en persoonlijke competenties meer of minder taken overgenomen worden van de medisch specialist.

Figuur 15. Inzetprofielen van beide beroepsbeoefenaren



Wat in figuur 15 het eerste opvalt, is de grote hoeveelheid overige taken (Ov). Dit betreft gemiddeld 57% van de netto inzetbare uren. Uit gesprekken is gebleken dat veel van deze taken specialismenoverstijgend in de zorgketen worden uitgevoerd. Daardoor zijn deze verrichtingen niet toe te wijzen aan de VS/PA. De PA verricht bovendien meer herschikte taken dan de VS. Daarbij is het voor beide beroepsbeoefenaren heel goed mogelijk dat in de overige activiteiten (lichtblauw) toch nog meer herschikte taken 'schuilgaan'. Bij de inzet als 'zaalarts' is bijvoorbeeld geconstateerd dat veel taken van de PA niet in specifieke verrichtingen te registreren zijn maar wel degelijk herschikt zijn. Overigens zijn een aantal van deze taken ook door de medisch specialist niet te registreren.

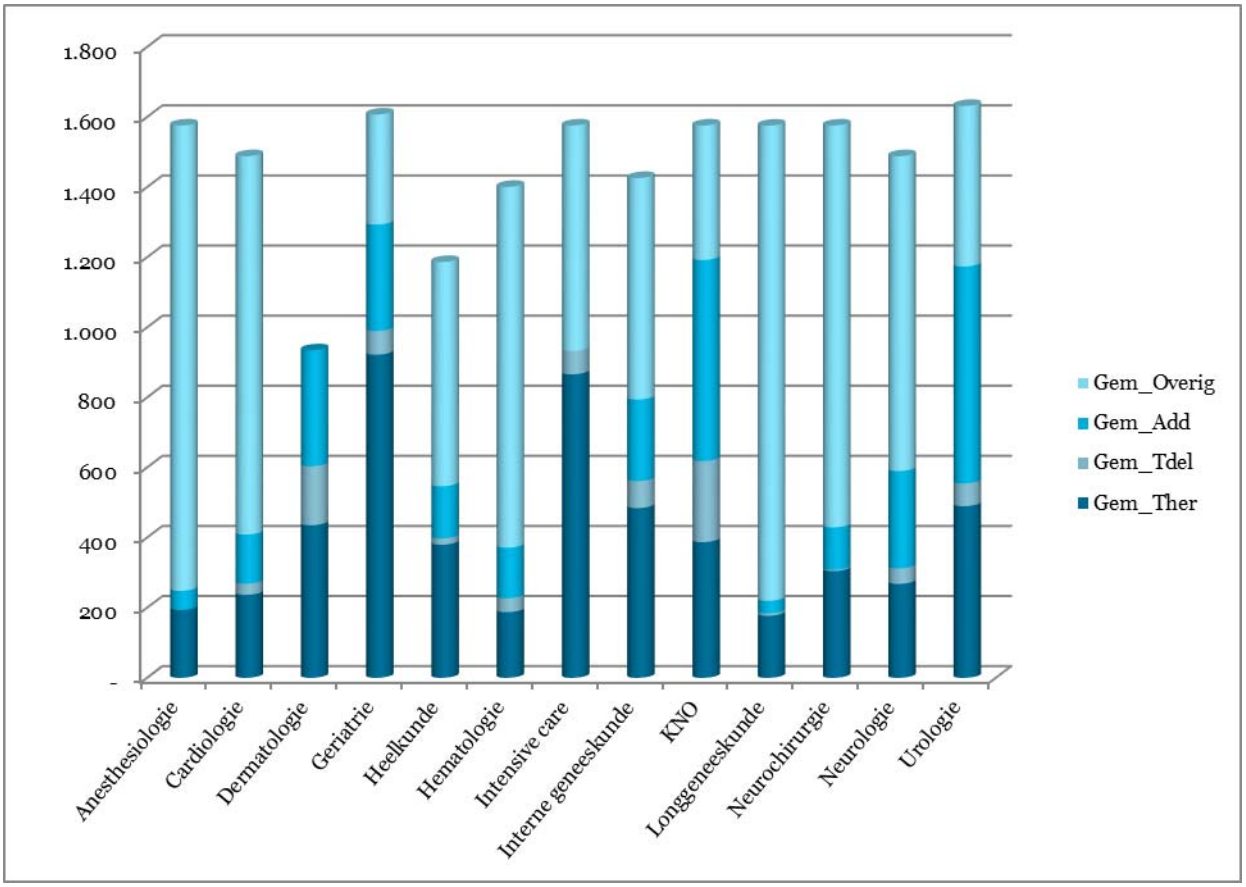
Een andere opvallende constatering is dat een verpleegkundig specialist meer 'additionele' zorg verricht dan de PA. Uit de interviews is gebleken dat dit extra tijd is, gericht op het aanvullend informeren en psychosociaal begeleiden van patiënten. Daarnaast is deze aanvullende zorg gericht op ketenzorg in de vorm van de inzet als 'casemanager'. Tabel 10 bevestigt de variatie van inzet.

Tabel 10. Gemiddelde verdeling in uren

	Ther	Tdel	Add	Overig
Gemiddelde	445,44	35,79	205,50	756,43
Standaarddeviatie	345,34	46,15	257,53	393,91

Deze variatie wordt nog beter zichtbaar op specialismeniveau. Figuur 16 op de volgende pagina geeft dit weer.

Figuur 16. Inzetprofielen van beide beroepsbeoefenaren op specialismeniveau



Wat deze grafiek onder andere laat zien, is dat het aandeel 'overige taken' sterk per specialisme varieert. Anesthesiologie en Geriatrie zijn goede voorbeelden die de grote verschillen tussen taakherschikking en overige taken laten zien. Uit deze variatie maken we op dat taakherschikking zeer wisselend wordt toegepast. Ook de registratie van verrichtingen wisselt. Uit nader onderzoek moet blijken of de invulling van taakherschikking werkelijk specialisme-afhankelijk is.

Overige taken

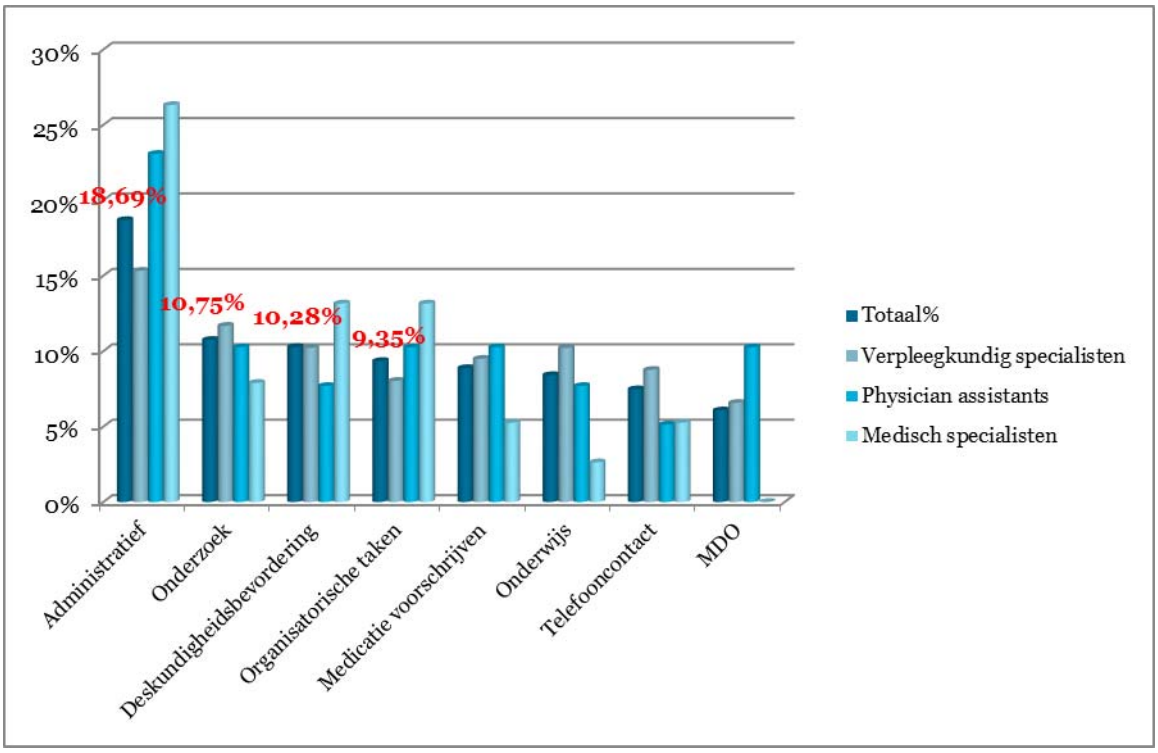
Tijdens de gesprekken is op basis van bovenstaande uitkomsten nader onderzocht waar de overige taken van de VS/PA uit bestaan. Tabel 11 en Figuur 17 geven deze taken weer, zoals aangegeven door VS / PA. Hieruit is gebleken dat de ondervraagden met name op administratief gebied veel extra taken verrichten. Daarbij worden genoemd: de aanvragen voor laboratoriumonderzoeken, aanvragen en afspraken plannen voor overleg enzovoort. Tijdens de interviews geven de medisch specialisten aan dat inderdaad veel administratieve taken overgeheveld zijn naar de VS/PA. Tevens geeft men aan dat er de laatste jaren een toename van administratieve taken heeft plaatsgevonden. Daarbij noemt men de inventarisaties als gevolg van beroepsgroepnormen (bijv. DICA-inventarisaties) die met name door verpleegkundig specialisten worden uitgevoerd.

Tabel 11. Verdeling van 'overige taken'

Taak	% genoemd
1. Administratief	18,69%
2. Onderzoek	10,75%
3.Deskundigheidsbevordering	10,28%
4. Organisatorische taken	9,35%
5. Medicatie voorschrijven	8,88%
6. Onderwijs	8,41%
7. Telefooncontact	7,48%
8. Multidisciplinair overleg	6,07%

Twee andere belangrijke categorieën *Overige taken* zijn het verrichten van klinisch onderzoek (dan wel activiteiten die hiermee samenhangen) en het voorschrijven van medicatie die geen specifieke te registreren verrichting kennen. Figuur 17 geeft de verdeling weer zoals door de diverse betrokkenen aangegeven.

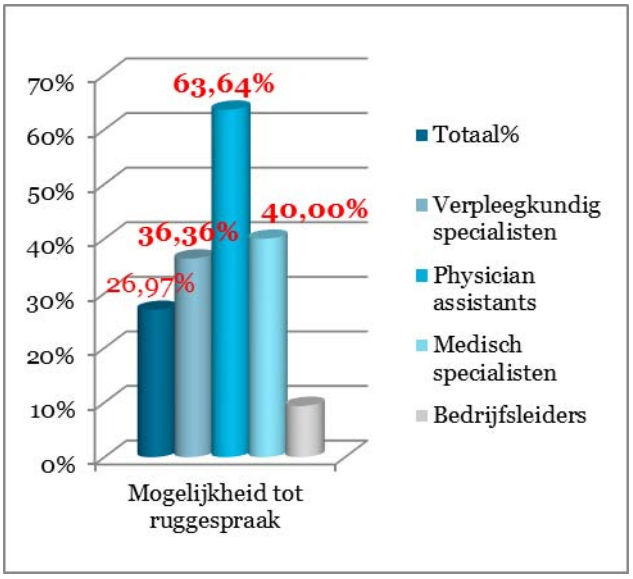
Figuur 17. Overige taken benoemd door VS/PA en medisch specialisten



Al deze overige taken kunnen niet in verrichtingen worden geregistreerd. Maken we onderscheid naar patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden taken dan blijkt dat **26,22%** van de taakuren (gemiddeld 432,29 uur) is gerelateerd aan patiëntenzorg maar dat die taken niet direct in verrichtingen geregistreerd (kunnen) worden. Deze taken zijn deels herschikte taken, maar ook taken die zijn overgenomen van verpleegkundigen. Er resteert 30,3% aan niet geregistreerde taken die volgens de geïnterviewden voornamelijk bestaat uit onderwijs en onderzoekstaken. Een opvallend verschil is dat physician assistants aangeven minder aan administratieve taken te werken dan de verpleegkundig specialisten. Dit wordt onder meer verklaard doordat de physician assistant meer zaalartsfuncties heeft waar minder administratieve werkzaamheden verricht hoeven te worden. Bovendien zijn in die situatie meer te registreren verrichtingen van toepassing.

Ruggespraak en betrokkenheid medisch specialist

Figuur 18. Noodzakelijkheid ruggespraak

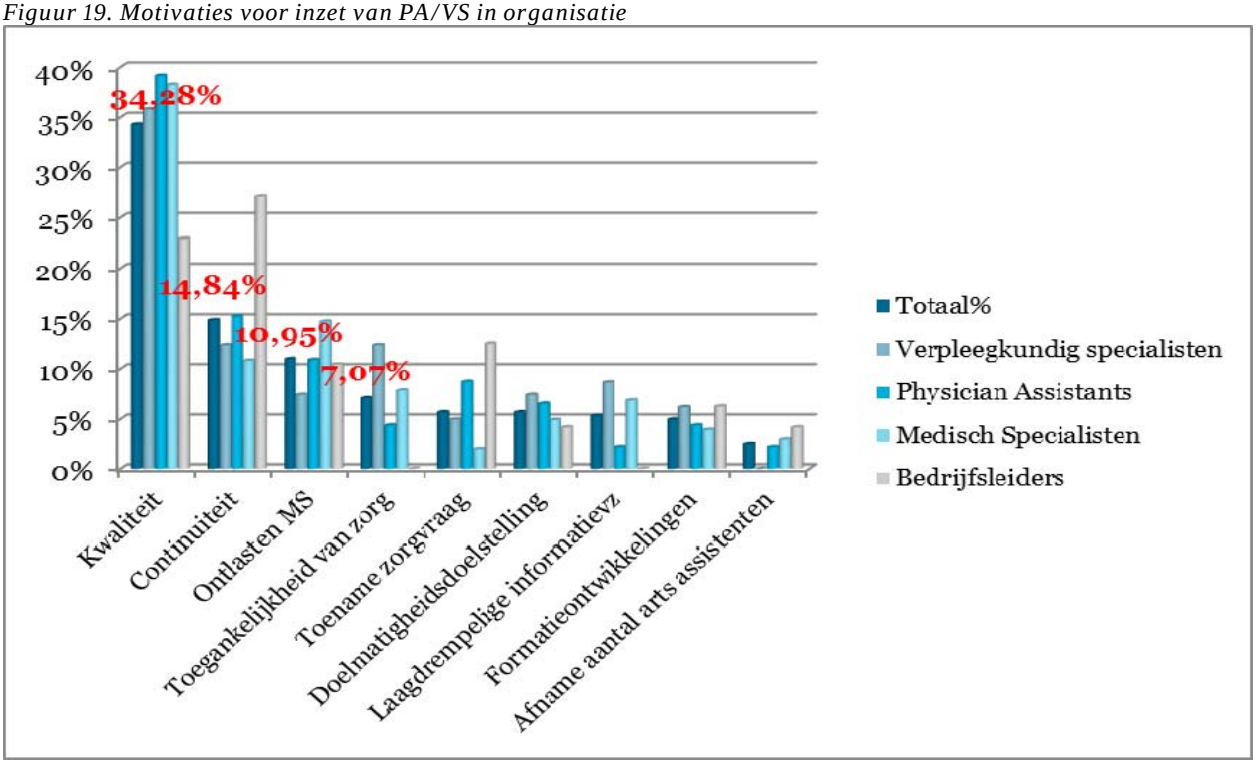


Tijdens de interviews gaven zowel VS/PA als medisch specialist aan dat er mogelijkheid tot ruggespraak moet zijn. Dit betrof de meerderheid van de ondervraagde physician assistants (64%) en een substantieel deel van de verpleegkundig specialisten (36%) en medisch specialisten (40%). Er is ook nagevraagd hoelang men patiënten voor- en nabespreekt tijdens een consult. Dit bleek gemiddeld ***6*** minuten te zijn. Ook is gebleken dat men een VS / PA gemiddeld langer roostert dan de medisch specialist (een VS **15** minuten langer en een PA gemiddeld **7,5** minuut langer). Dit gebeurt vanwege de informatievoorziening en de aanvullende vragenlijsten die beide beroepsbeoefenaren bij de patiënt afnemen. Dit deed de medisch specialist voorheen niet; het zijn dus additionele taken. Daarnaast is de medisch specialist altijd op afroep beschikbaar en wordt er ook gebruik gemaakt van e-mailbevestigingen. Physician assistants werken meer zelfstandig op een zaal of in combinatie met een arts-assistent waardoor de ruggespraak op een andere manier is vormgegeven.

5.3 Motivaties voor inzet physician assistant of verpleegkundig specialist

Aan betrokkenen is ook gevraagd waarom er gekozen is voor de inzet van een PA en/of VS. De meest genoemde motivatie is de verbetering van kwaliteit van (keten-) zorg. Voor verpleegkundig specialisten geldt dat deze met name voor ketenzorg en kwaliteit worden ingezet. Bij de physician assistants gaat het vooral om meer medische kennis op de verpleegafdeling (als zaalarts) en/of de polikliniek. Figuur 19 geeft een totaaloverzicht van alle motivaties. Naast eerdergenoemde motivatie *kwaliteit* volgen de *continuïteit* op de afdeling en het *ontlasten* van de medisch specialist, zodat deze zich kan richten op de complexe zorg.

Figuur 19. Motivaties voor inzet van PA/VS in organisatie



Een veelgenoemde verklaring rondom de continuïteit is de volgende. Door de frequente wisselingen van arts-assistenten op de afdeling is er een duidelijke behoefte aan een stabiel kennisniveau en aan kennisoverdracht richting arts-assistenten. Die behoefte wordt met name door de VS / PA vervuld. Daarnaast speelt ook dat het aantal arts-assistenten bij een aantal specialismen is afgenomen waardoor de behoefte aan een PA of VS gestegen is. Er bestaat dus een duidelijke relatie tussen het aantal arts-assistenten op een afdeling en de motivatie voor de inzet van een PA of VS.

Bij een viertal afdelingen zijn physician assistants ingezet om een bezuinigingstaakstelling te realiseren. Daarbij is een duidelijke afname van de artsenformatie gerealiseerd (formatieontwikkelingen). Voor een aantal specialismen is de inzet gebruikt om een stijging in zorgvraag op te vangen. Een voorbeeld hiervan is het specialisme dermatologie dat in de afgelopen jaren een stijging in het aantal patiënten met huidkanker zag ontstaan.

Een andere motivatie voor de inzet van een PA of VS zijn de afspraken tussen Raad van Bestuur en maatschappen. Er zijn bij een aantal ziekenhuizen afspraken gemaakt over hoe de kosten voor de PA/VS door het ziekenhuis en de maatschap verdeeld worden. Voor verpleegkundig specialisten geldt meestal een verdeelsleutel waarmee de kosten tussen ziekenhuis en maatschap worden gedeeld. Bij physician assistants geldt dat maatschappen de salarislasten meestal zelf moeten opbrengen omdat de overtuiging heerst dat alleen de medisch specialist profiteert van de physician assistant. Dit blijkt een belemmering te kunnen vormen: bij één ziekenhuis heeft dit namelijk geleid tot beperkte inzet, terwijl er wel degelijk behoefte was om taakherschikking vorm te geven met physician assistants.

5.4 Registratie van verrichtingen

De wijze waarop verrichtingen worden vastgelegd verschilt per ziekenhuis. In het algemeen geldt dat de CBV-verrichtingen door drie van de vier ziekenhuizen niet actief meer gebruikt worden. Alleen de verrichtingen die een relatie hebben met de zorgactiviteiten worden actief geregistreerd. Per afdeling hebben we verschillende (lokaal gedefinieerde) soorten verrichtingen gezien en van deze geregistreerde verrichtingen wordt gemiddeld 68% gebruikt voor het berekenen van een kostprijs. We zagen ook verschillen in de wijze waarop beroepsbeoefenaren omgingen met het registreren van deze verrichtingen. Een voorbeeld hiervan is dat we twee verpleegkundig specialisten van één afdeling geïnterviewd hebben, waarbij de één wel verrichtingen registreerde en de ander helemaal niet.

We hebben ook geconstateerd dat een groot aantal verrichtingen op een afdeling geregistreerd werden door verpleegkundig specialisten, maar vervolgens op geen enkele wijze gebruikt zijn bij kostprijsberekeningen.

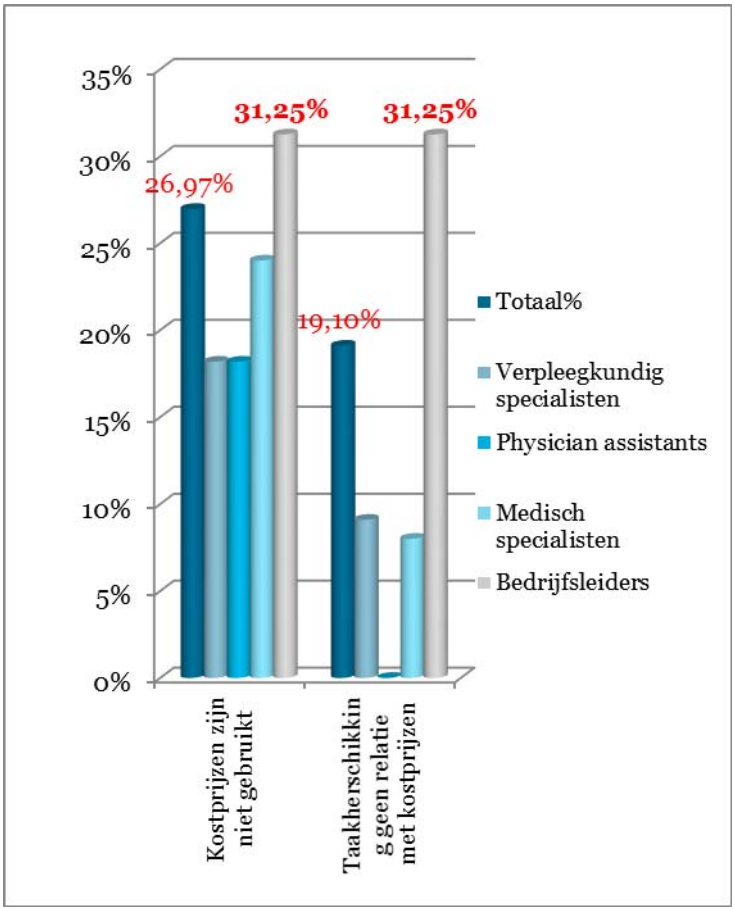
Bij een aantal physician assistants werd geconstateerd dat als deze preventief patiënten van andere afdelingen ondersteunden (bijvoorbeeld door middel van een consult), er op geen van beide afdelingen registratie van deze activiteiten plaatsvond. De betrokken medewerkers geven daarbij aan dat het in dergelijke gevallen niet mogelijk is om verrichtingen van een ander specialisme in de lokale systemen te registreren.

Als we kijken naar de wijze waarop verrichtingen in de praktijk geregistreerd worden, dan merken we op dat alle ziekenhuizen een eigen systeem van verrichtingen en omschrijvingen van die verrichtingen hanteren. Daarom legt elk ziekenhuis weer een andere relatie met de landelijk gedefinieerde zorgactiviteiten en zorgproducten om zo aan de gestelde regelgeving (registratieregels) te voldoen.

5.5 Kostprijsbepaling in relatie tot taakherschikking

Tijdens het onderzoek is gevraagd in hoeverre kostprijzen gebruikt zijn bij de overweging om een PA/VS in te zetten. Met name de bedrijfsleiders geven hierbij aan dat er geen kostprijzen zijn gebruikt en dat de huidige kostprijsmethodiek niet zichtbaar maakt welk effect deze inzet op de kostprijs heeft. Er zijn slechts op beperkte basis kosten- batenanalyses gemaakt. Men geeft hierbij aan dat methodes hiervoor ontbreken en dat verrichtingen niet herleidbaar zijn naar de betreffende functionaris waardoor lange termijneffecten niet zichtbaar worden.

Figuur 20.kostprijzen en mening ondervraagden



Ook de beroepsbeoefenaren geven aan dat voor hen onduidelijk is waarvoor de kostprijzen gebruikt worden en dat transparantie hieromtrent ontbreekt.

Medisch specialisten geven aan behoefte te hebben aan een kostprijssystematiek waarmee het effect van de inzet van VS en PA zichtbaar zou worden gemaakt. De ondervraagde bedrijfsleiders onderschrijven deze behoefte.

5.5.1 Vaststelling van de kostprijzen

Als eerste is getoetst hoe ziekenhuizen de kosten vastgesteld hebben. Dit gebeurde op basis van een vastgestelde jaarrekening met accountants-verklaring. Vervolgens is aansluiting met de kostentoerekening gezocht.

Ziekenhuizen hanteren wegingsfactoren om aan verrichtingen salariskosten toe te kunnen rekenen. Men kan daarvoor uren hanteren of een andere verhoudingsfactor. Bij één ziekenhuis bleek deze factor sterk te verschillen per afdeling omdat intern bedrijfsleiders zelf de wijze waarop de wegingsfactor tot stand

komt mochten bepalen. Daarnaast is gekeken of er wegingsfactoren specifiek voor de VS of PA gehanteerd werden. Dit bleek in geen van de ziekenhuizen het geval. Wel werden de verpleegkundig specialisten, samen met verpleegkundigen in één categorie ondergebracht. Dit betekent dat ook hier de salariskosten van de verpleegkundig specialist buiten zicht blijven.

Daarnaast werd onderzocht hoe de wegingsfactoren werden vastgesteld. Dit bleek met name te gebeuren op basis van schattingen, gecontroleerd door het afdelingshoofd.

Tenslotte is onderzocht of er ook verrichtingen zijn gehanteerd die specifiek voor de verpleegkundig specialist of Physician assistant gelden, bijvoorbeeld een 'consult verpleegkundig specialist'. Dit bleek beperkt het geval. Wel werden er 'verpleegkundige consulten' geregistreerd, maar daarmee kan geen onderscheid worden gemaakt tussen verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Onderstaande tabel 12 vat de toets op kostprijsvaststelling samen.

Tabel 12. Toets op kostprijsvaststelling

	Toets	ZKH_1	ZKH_2	ZKH_3	ZKH_4
1.	Accountantsverklaring jaarrekening	Ja	Ja	Nee[27]	Ja
2.	Aansluiting toerekening kosten	Ja	Ja	Ja	Ja
3.	Wegingsfactoren in uren	Wisselend	Ja	Ja	Ja
4.	Wegingsfactor medisch specialist	Ja	Ja	Ja	Ja
5.	Wegingsfactor physician assistant	Nee	Nee	Nee	Nee
6.	Wegingsfactor verpleegkundig specialist	Nee	Nee	Nee	Nee
7.	Vaststelling gebaseerd op	Schatting	Inventarisatie	Schatting	Schatting
8.	Jaarlijks geactualiseerd	Ja	Nee	Ja	Nee
9.	Discriminerend	Nee	Wisselend	Nee	Nee

De conclusie luidt dat taakherschikking in de onderzochte kostprijssystematieken onvoldoende zichtbaar kan worden gemaakt.

5.5.2 Zichtbaarheid van taakherschikking: sensitiviteitsfactor

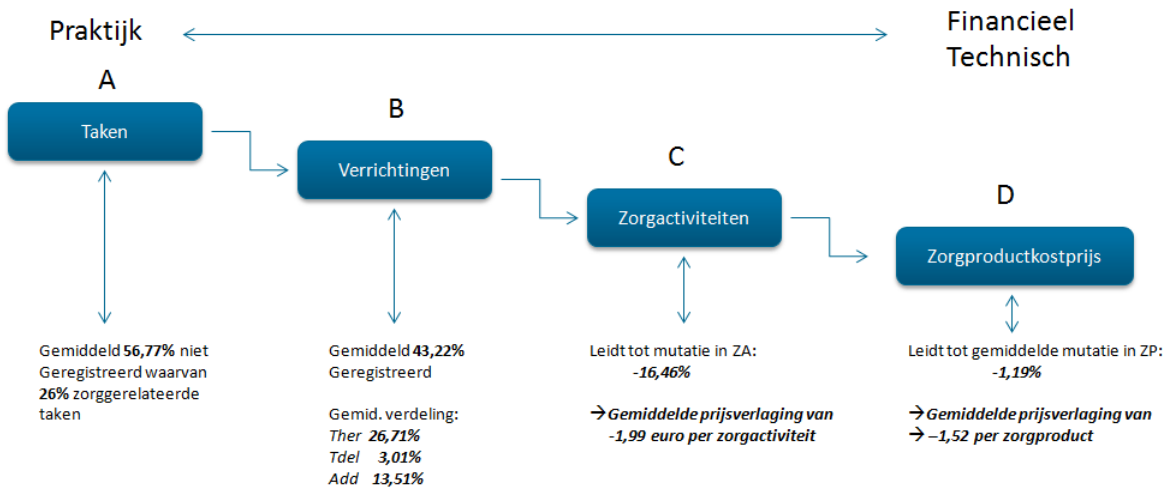
Er is een sensitiviteitsberekening gemaakt om zichtbaar te kunnen maken of de inzet van een PA/VS ook mutaties in de kostprijzen van verrichtingen en zorgproducten veroorzaakt en zo ja, in welke mate. Daarvoor zijn percentages berekend, gebaseerd op de gemiddelde salarislasten inclusief sociale en bijkomende lasten.

Van taken naar gemiddelde zorgactiviteit en zorgproduct

Uitgangspunt is de analyse van taken naar zorgproductkostprijs. Uitkomsten van het onderzoek laten zien dat 57% van de taken uitgevoerd door PA / VS niet worden geregistreerd. Dit betekent dat we in totaal 43% van de netto urenbesteding hebben kunnen toewijzen aan verrichtingen. Op basis van de interviews en de validatie op de roosters hebben we vervolgens een taakprofiel voor de VS en de PA gemaakt. Deze taakprofielen zijn doorgerekend naar consequenties in de kostprijs op zorgactiviteitenniveau. Dit leidde tot een mutatie van gemiddeld -17 %. Vervolgens is dit doorgerekend naar effecten in de zorgproductkostprijs. Dit leidde tot een mutatie in de zorgproductkostprijs van -1 %. Constatering is dan ook dat het kostprijseffect op verrichtingenniveau groter is dan op zorgproductniveau. Het kleinere effect is te verklaren door dat de zorgproductprijs een gemiddelde is. De gemiddelde kosteneffecten per product (-1,99 euro) en per zorgproduct (-1,52 euro) laten zien dat de kosten wel redelijk evenredig lager worden. In figuur 21 is dit gemiddelde effect schematisch weergegeven.

[27] Het ontbreken van de verklaring is geen belemmering voor de analyse geweest, waardoor deze gegevens meegenomen konden worden

Figuur 21. Effect van taakherschikking in zorgactiviteiten en zorgproductkostprijs



Hetzelfde effect is per ziekenhuis berekend. Dit is weergegeven in tabel 13 Bij alle ziekenhuizen is een kostprijseffect waarneembaar, zowel positief als negatief; afhankelijk van de mate van herschikking. Hierbij moet aangetekend worden dat de overige taken hierin niet zijn meegenomen. Dit geeft een vertekend beeld omdat in de berekeningen dus een betrekkelijk groot aandeel van de verrichte taken niet is meegenomen.

Tabel 13. Effect van taakherschikking in zorgactiviteiten en zorgproductkostprijs

		A	B				C	D		
ZKH	#	Overige	Ther	Tdel	Add	TK_%	ZA-%	ZP_%	Per ZA	Per ZP
1	16	55,36%	25,80%	2,88%	15,95%	*-0,40%*	*-31,99%*	*-0,48%*	-1,25	0,06
2	7	49,34%	40,14%	1,35%	9,17%	*-0,51%*	*-4,06%*	*-0,46%*	-3,75	-0,31
3	11	60,15%	20,43%	4,73%	14,68%	0,03%	5,54%	*-0,27%*	-2,59	0,36
4	15	62,24%	20,48%	3,06%	14,22%	*-2,00%*	*-35,33%*	*-3,56%*	-0,37	-6,18
Gem.	12	56,77%	26,71%	3,01%	13,51%	-0,72%	-16,46%	-1,19%	-1,99	-1,52

Tenslotte is ook geconstateerd dat over 32% van de verrichtingen geen kostprijzen worden berekend, terwijl de beroepsbeoefenaren zelf aangeven er activiteiten op te verrichten. Daarvoor is gecorrigeerd in de berekening. Tabel 14 geeft het overzicht per ziekenhuis.

Tabel 14. Aantal verrichtingen waar kostprijzen op berekend worden

Totaal	1	2	3	4	Gem.
Unieke verrichtingen	134	77	40	71	81
Met kostprijs	99	64	32	25	55
Percentage	74%	83%	80%	35%	68%

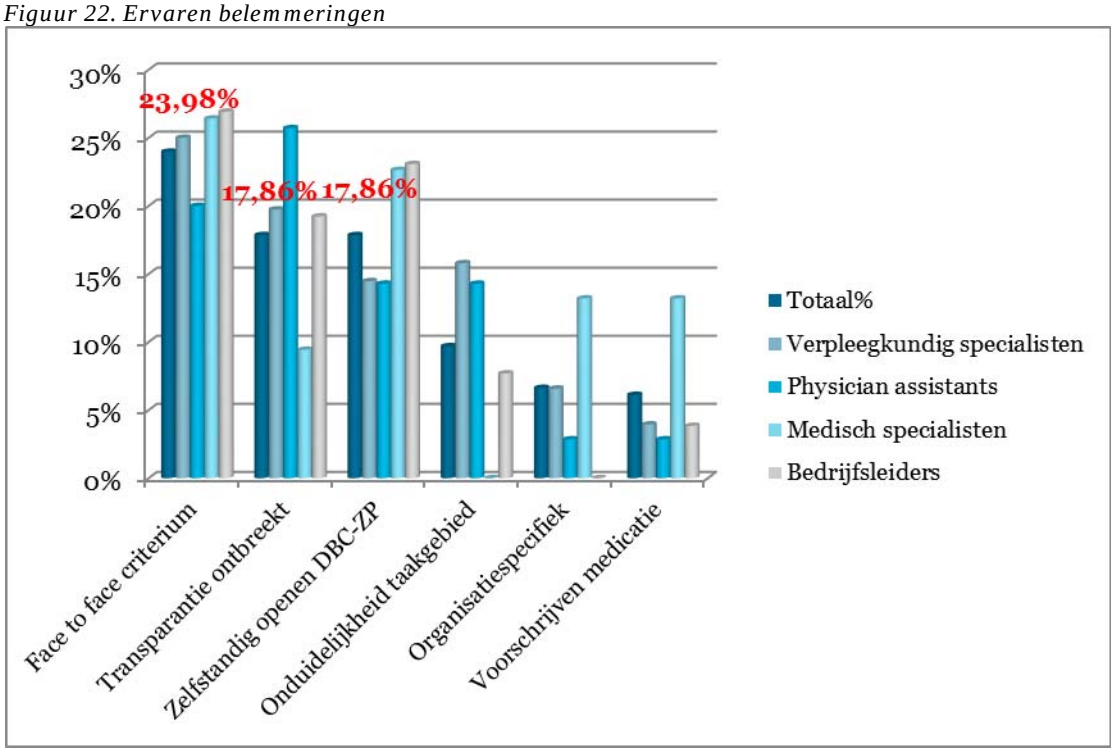
6. Belemmeringen voor taakherschikking

Het onderzoek heeft diverse belemmeringen voor taakherschikking aan het licht gebracht. §6.1 beschrijft de door de geïnterviewden ervaren belemmeringen. §6.2 geeft een overzicht van de door het onderzoek geconstateerde belemmeringen.

6.1 Ervaren belemmeringen uit interviews

Tijdens de interviews is gevraagd welke belemmeringen ervaren worden bij de inzet van de VS / PA. Figuur 22 geeft de uitkomsten hiervan weer. Hieruit komt naar voren dat het face to face criterium bij het registreren van een eerste consult als belemmerend wordt ervaren. Dit is niet zozeer een registratief als wel een organisatorisch probleem. Op dit moment moeten VS/PA en patiënt wachten totdat een medisch specialist beschikbaar is en dat leidt tot inefficiënte organisatie en verwarring bij de patiënt. Anderzijds hebben sommige specialismen (zoals oncologie) juist de behoefte om dit face-to-face contact wel te organiseren en verwacht de patiënt dit ook. Er is dus duidelijk een behoefte om dit flexibeler in te richten dan thans mogelijk is. Een tweede belemmering is die van de transparantie. Alle geïnterviewden geven aan dat de registratiesystemen slechts beperkt inzicht geven in de effecten van de inzet van VS en PA. Men heeft duidelijk de wens dit beter inzichtelijk te kunnen maken. Op dit vlak is het openen van DBC's eveneens een belemmering. Doordat de VS/PA niet zelfstandig *en* op eigen naam DBC's kan openen blijven de verrichtingen van die VS/PA onzichtbaar in het systeem.

Figuur 22. Ervaren belemmeringen



Verder zijn er ook andere organisatorische belemmeringen. Door reorganisaties of fusies is er minder aandacht voor taakherschikking. Medisch specialisten geven ook bij alle ziekenhuizen aan dat het voorschrijven van medicatie nog een belemmering vormt, ondanks dat dit sinds 1 januari 2012 wettelijk geregeld is. Ten tijde van het onderzoek bleek het interne beleid nog niet altijd aan te sluiten bij die landelijke wet- en regelgeving.

6.2 Geconstateerde belemmeringen uit onderzoek

Binnen het onderzoek naar de registratiesystemen zijn diverse belemmeringen geconstateerd die de uitspraken van de geïnterviewden bevestigen. We beschrijven ze hieronder.

Transparantie van activiteiten

Een groot deel van de activiteiten kan niet geregistreerd worden omdat er geen verrichtingen voor zijn. Het inzichtelijk maken van het doelmatigheidspotentieel van de VS/PA wordt daardoor bemoeilijkt. Voor een deel ontbreekt die transparantie ook bij het vaststellen van kostprijzen, de toerekening van kosten en het effect in de kostprijs van Dot-zorgproducten.

Om een integrale kostprijs vast te stellen zijn ook de honorariumkosten van maatschappen nodig. Ziekenhuizen hebben hier (nog) geen inzicht in omdat dit tot op heden gescheiden is. Dit kan een goed zicht op de doelmatigheid belemmeren.

Wet- en regelgeving en de professionele standaard

Het face to face criterium dat bij de registratie van een eerste consult verplicht is, vormt een belemmering bij het merendeel van de specialismen. Een eerste consult zou volgens de geïnterviewde medisch specialisten en VS/PA bij een groot aantal specialismen goed door een VS of PA zelfstandig uitgevoerd kunnen worden.

De professionele standaard, geformuleerd door de wetenschappelijke beroepsgroepen, vereist nog in veel gevallen de aanwezigheid van een medisch specialist, ondanks de wettelijke bevoegdheden van de VS/PA. Daarnaast normeert deze standaard ook het aantal verrichtingen dat een medisch specialist moet uitvoeren de volumenorm. Bij een krappe arbeidsmarkt kunnen dergelijke normen de verdere doorvoering van taakherschikking belemmeren. Wel zien we dat bij steeds meer wetenschappelijke verenigingen ook de PA/VS in een werkgroep betrokken zijn.

Integrale prijsvorming in 2015 zal een aantal belemmeringen wegnemen (Face- 2-Face-criterium, zelfstandig openen van DBC's en de gescheiden financiering). Deze ingreep brengt echter ook onzekerheid met zich mee omtrent de financiering van de zorg, wat onder meer leidt tot terughoudendheid ten aanzien van de inzet van VS en PA. Taakherschikking wordt belemmerd door de angst voor inkomstenderving. Zodra taakherschikking gehanteerd wordt om inkomenspolitiek te bedrijven tov medisch specialisten, wordt het een belemmering voor zichzelf.

Afspraken tussen Raad van Bestuur en Maatschappen

(Interne) afspraken tussen maatschap en ziekenhuis vormen een belangrijke factor voor de inzet van een physician assistant. In enig geval is geconstateerd dat dergelijke afspraken belemmerend werken voor de herschikking van taken richting physician assistant omdat het ziekenhuis geen financiële bijdrage levert aan de inzet.

Mogelijkheid tot ruggespraak

Beschikbaarheid (en dus de mogelijkheid van ruggespraak) van de medisch specialist vormen een belangrijke voorwaarde voor het succes van de VS/PA en de herschikking van taken. Het ontbreken hiervan kan beschouwd worden als een belemmering.

6.2.1. Advies taakherschikking NZa

In haar taakherschikkingsadvies signaleert de NZa een aantal belemmeringen voor taakherschikking. Dit betreft met name het zelfstandig openen van DBC's, het face-to-face criterium en het onderscheid tussen kostendeel en honorariumdeel. De NZa adviseerde de minister in 2012 [28] dan ook de volgende maatregelen:

[28] De Nederlandse Zorgautoriteit, Advies Taakherschikking in de tweedelijns somatische zorg en curatieve geestelijke gezondheidszorg, Utrecht, 2012.

- Het voornemen om te komen tot integrale prestaties en tarieven in 2015 zal een positief effect hebben op de taakherschikking;
- NZa adviseert om de lijst met zorgverleners die een zorgtraject mogen openen uit te breiden;
- NZa adviseert tevens om de verplichting van een face-to-face contact met een poortspecialist bij een polikliniekbezoek los te laten en uit te breiden door een face-to-face contact met VS en/of PA.

7. Discussie (voorbehouden onderzoek)

Een belangrijk uitgangspunt bij dit onderzoek is de definiëring van taakherschikking, taakdelegatie en additionele zorg. Tijdens interviews is gevraagd naar een geschatte inzet en deze is vervolgens voorgelegd aan de betrokken medisch specialist. Het betreft weliswaar grove schattingen maar ze zijn indicatief voor de praktijk. Deze schattingen zijn overigens aanvullend getoetst aan de roostergegevens, al blijven ze daarmee indicatief. Vanwege de beperkte tijd is er niet gekozen voor aanvullende toetsing door middel van een tijdklokmeting.

Er is een grote variatie van inzet in de praktijk geconstateerd. Verpleegkundig specialisten en physician assistants binnen één ziekenhuis worden op verschillende manieren ingezet waardoor er mogelijk landelijk ook een grote diversiteit aan inzet per ziekenhuis is. Bij zelfstandige behandelcentra's (ZBC), bijvoorbeeld in de oncologie, kan de inzet van VS/PA afwijken van wat we in de ziekenhuizen in dit onderzoek geconstateerd hebben.

Binnen de onderzoekspopulatie is één academisch centrum onderzocht. Dit is niet geheel vergelijkbaar met andere ziekenhuizen vanwege de verschillen in kostprijsberekening, cultuur maar ook visie op de inzet van de PA en VS. Daarnaast hebben we ervaren dat medisch specialisten in loondienst versus die in een maatschap verschillend staan ten opzichte van de inzet van VS/PA. Bij een maatschap heeft de business case nadrukkelijker een rol gespeeld; de mate van taakherschikking wordt daar mede door financiële belangen bepaald. Hier kunnen de belangen van de maatschap op gespannen voet staan met die van de beroepsgroep VS/PA. Hoe dan ook, bij afdelingen met medisch specialisten in loondienst zijn minder (financiële) belemmeringen geconstateerd.

Een daaraan gerelateerde factor zijn de afspraken die gemaakt zijn tussen ziekenhuis en maatschappen over het dienstverband van VS/PA en de onderlinge verrekening van kosten. Dit financiële argument kan, in weerwil van kwalitatieve argumenten ten faveure van de inzet, optimale taakherschikking belemmeren. Een andere factor is dat er bij sommige specialisten een zekere angst bestaat voor financiële maatregelen (verlaging van het omzetplafond) en dat deze angst mogelijk de onderzoeksuitkomsten beïnvloed heeft.

Er is gekozen voor een beperkte steekproef van vier ziekenhuizen. Enerzijds is dit voor het diepteonderzoek gunstig, anderzijds beperkt dit de conclusies op een landelijk niveau. Een gunstig effect is dat de verschillen tussen de ziekenhuizen zodanig zijn dat er binnen het onderzoek voldoende spreiding is qua type inzet van VS / PA.

Dit onderzoek richtte zich op de financiële effecten van de inzet van een PA / VS. De effecten op de kwaliteit van zorg zijn niet onderzocht. Een belangrijke vraag in dit verband is ook wat de patiënt van deze inzet vindt. Met name de extra informatievoorziening, psychosociale begeleiding maar ook de aanwezigheid van een tweede beroepsgroep naast de medisch specialist kunnen een gunstig effect op de ervaren kwaliteit van zorg hebben.

8. Conclusies en aanbevelingen

Taakherschikking, in ons geval de taakherschikking tussen medisch specialist en physician assistant en/of verpleegkundig specialist, is zoals wij dit geconstateerd hebben een symbiose tussen twee beroepsgroepen. De een kan niet zonder de ander. Daarmee spreken we niet van zuiver alleen herschikking maar van een samenwerkingsrelatie.

Dit concluderen we omdat er in de praktijk een grote variatie is in de manier waarop de physician assistant en verpleegkundig specialist worden ingezet. We hebben geen directe relatie kunnen constateren tussen de omvang van herschikte taken en het aantal jaar dat de beroepsbeoefenaar afgestudeerd is. Blijkbaar spelen andere factoren een grotere rol bij de herschikking van taken. Tijdens de interviews bleek dat vertrouwen, competenties en ontwikkeling van de individuele beroepsbeoefenaar bij de verdeling van taken een grote rol spelen.

De meest genoemde motivatie voor de inzet van physician assistant en verpleegkundig specialist is verbetering van de kwaliteit van (keten-) zorg, waarbij laagdrempelige zorg voor de patiënt een belangrijke uitkomst is. Dit leidt ook tot meer doelmatigheid omdat door deze inzet de medisch specialist zich beter kan richten op datgene waar deze voor opgeleid is: de complexe zorg. In veel gevallen gaven de geïnterviewde medisch specialisten dan ook aan dat het zorglandschap niet meer denkbaar is zonder physician assistants en verpleegkundig specialisten.

Ook blijkt uit de interviews een toenemende vraag naar informatie rondom de (toegankelijkheid van) zorg. Herhaaldelijk werd daarbij aangegeven dat de taken van de medisch specialist aan het veranderen zijn. Hier doelt men op de toename van administratieve taken, kwaliteitsregistraties en gegevens die in het kader van de beroepsgroepnormen aangeleverd moeten worden. Taken die voor een groot deel herschikt worden naar verpleegkundig specialisten en physician assistants.

We zien verder dat verpleegkundig specialisten meer in de ketenzorg werkzaam zijn, waarbij de term 'casemanager' vaak genoemd is. Zij organiseren de zorg op een laagdrempelige manier en leveren belangrijke bijdragen aan de kwaliteit van zorg op specifieke deelgebieden waar ze experts zijn. Physician assistants worden vanuit een breder medisch perspectief ingezet, in een zaalartsfunctie of een combinatie van zaalarts, poli en/of chirurgische ingrepen op een laag complex gebied.

Wij constateren ook dat de mogelijkheid tot ruggespraak van de medisch specialist belangrijk blijft en dat bij de uitvoering van verrichtingen altijd een medisch specialist (op afroep) beschikbaar moet zijn. Tijdens de inwerkperiode is supervisie nodig. Voor- en nabesprekingen bij de uitvoering zijn noodzakelijk, totdat het vertrouwen in, en de competenties van de VS/PA zodanig zijn dat de betreffende verrichtingen zelfstandig uitgevoerd kunnen worden. Is die situatie bereikt dan wordt nog maar bij een beperkt aantal patiënten de medisch specialist geraadpleegd en volstaat een kort akkoord om bijvoorbeeld met een behandeling te starten. De begeleidende rol van de medisch specialist is met het huidige verrichtingenstelsel niet te registreren, terwijl dit voor de vaststelling van de kostprijzen wel relevant is.

Slechts een zeer gering aantal van de ondervraagden heeft een duidelijke business case voor de inzet van VS of PA gehanteerd waarbij ook de doelmatigheid als belangrijke beslissingsfactor werd meegenomen. Er wordt veelal zonder onderbouwing vanuit gegaan dat de inzet van een VS/PA uiteindelijk tot doelmatigheid leidt. Bij maatschappen is de business case prominenter gehanteerd.

Het gebrek aan informatie blijkt ook uit onze andere bevindingen. Noch de verrichtingenregistratie noch de kostprijsberekening verschaffen inzicht in de effecten van de inzet van VS/PA. Wij constateren dan ook dat deze inzet in de vigerende registratiesystemen onvoldoende zichtbaar wordt. Daarmee is de eerste onderzoeksvraag beantwoord (*Op welke wijze wordt de inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist in de kostprijzen van DBC-Zorgproducten verantwoord?*).

Dat een verregaande vorm van herschikking evenwel mogelijk is, blijkt uit verschillende praktijkvoorbeelden. Uit deze praktijkvoorbeelden blijkt dan ook dat medisch specialisten en VS/PA elkaar kritisch benaderen, scherp houden en dat de VS/PA uiteindelijk uitgroeien tot specialisten op deelgebieden in de zorg.

Een belangrijke factor voor de inzet vormen de (interne) afspraken tussen maatschap en ziekenhuis. Maatschappen en ziekenhuis maken afspraken over de wijze waarop taakherschikking gefinancierd wordt: door het ziekenhuis of maatschap. In enkele gevallen is geconstateerd dat onderlinge afspraken tussen maatschap en ziekenhuis de

herschikking van taken richting de physician assistant belemmerden. Maatschappen bleken hier te kiezen voor een verpleegkundig specialist omdat ze hiervoor een tegemoetkoming in de kosten kregen van het ziekenhuis.

Er heerst ook argwaan jegens (de aankomende wijziging van) het financiële systeem dat mogelijk opnieuw tot kortingen gaat leiden als taakherschikking verder vorm gegeven wordt. Letterlijke citaten uit gesprekken die we gevoerd hebben met medisch specialisten op dit punt zijn:

> '*Wij zijn verantwoordelijk voor het zorgproces en superviseren en daarom moeten wij er ook financieel voor beloond worden.*'

> '*Wij artsen zijn onzeker over de toekomst. Medisch specialisten zien daarnaast ook de overschotten op de arbeidsmarkt*'.

Anderzijds doen veel medisch specialisten ook positieve uitspraken. Bijvoorbeeld:

> '*Als mijn kind in het ziekenhuis is, zou ik wel weten wie er aan het bed zou moeten staan; dat is de verpleegkundig specialist.*'

> '*De physician assistant houdt me scherp en kan een groot aantal behandelingen beter dan ikzelf dat kan.*'

Met deze citaten illustreren we de twee gezichten van taakherschikking. Het is belangrijk om die twee kanten van de medaille goed te onderscheiden. Als taakherschikking immers voor inkomenspolitiek wordt ingezet, zal dit de verdere inzet van VS en PA negatief beïnvloeden.

Ons advies is om de informatieverstrekking rondom taakherschikking en het doelmatigheidspotentieel te verbeteren. Het veld(medisch specialist en beroepsbeoefenaren) mist duidelijk de ondersteuning om taakherschikking zichtbaar te maken. Als we kijken naar de kostprijsmethodiek is het van belang om juiste wegingsfactoren te hanteren en het mogelijk te maken om verrichtingen te registreren, toegespitst op de inzet van VS/PA.

Verdere ontwikkeling van de gepresenteerde 'toolbox' en toetsing van het effect van integrale bekostiging zou ertoe kunnen bijdragen dat het effect van de taakherschikking beter zichtbaar wordt.

Detailconclusies

De praktijk van taakherschikking

C1
De praktijk laat zien dat er veel variatie is in de wijze waarop de VS/PA wordt ingezet. De mate van taakherschikking , taakdelegatie en overige varieert per beroepsbeoefenaar. Deze variatie wordt deels verklaard door de aard van het specialisme, persoonlijke competenties en het vertrouwen van de medisch specialist in de kwaliteit van zorg.

C2
Een groot deel van de activiteiten van de PA/VS kan niet geregistreerd worden omdat veel van de taken specialismenoverstijgende, ketengerichte en kwaliteitsbevorderende taken betreft. Gemiddeld genomen is in financiële zin voor **57%** niet geregistreerd wat zij bijdragen aan de productie. Deze 57% kunnen herschikte taken zijn die eenvoudigweg niet te registreren zijn. Deze taken bestaan uit:

Patiëntgebonden taken

1. Administratieve en planningstaken (communicatie Huisarts, verpleeghuizen DICA vragenlijsten etc.)
2. Niet geregistreerde telefonische consulten
3. Kwaliteit / ontwikkeling van zorgpaden
4. Deskundigheidsbevordering (trainen verpleegkundigen afdeling, protocollen)
5. Informatievoorziening/ instructie patient (aanvullend bereikbaarheid via telefoon)

Niet patiëntgebonden

6. Onderwijs
7. Onderzoek
8. Projecten (landelijke richtlijn ontwikkeling)
9. Deelname commissies (ziekenhuisbreed of landelijk)

Het toewijzen van de patiëntgebonden taken zou een afname van 26,22% in overige, thans niet toe te wijzen taken betekenen.

C3
De verpleegkundig specialist geeft aan meer administratieve taken uit te voeren dan een physician assistant, die in veel gevallen meer taken direct overneemt van de medisch specialist.

C4
Zowel de physician assistant en verpleegkundig specialist worden voor een langere duur geroosterd op een eerste consult of vervolgconsult dan een medisch specialist. Dit is gemiddeld 7,5 minuut extra voor de Physician assistant en 15 minuten voor de Verpleegkundig specialist.

C5
Door de inzet van PA en VS ervaren medisch specialisten een kwaliteitsverbetering van de zorg voor de patiënt, een toename van de toegankelijkheid van zorg, met name daar waar het gaat om informatievoorziening naar de patiënt.

C6
Er is in de meeste gevallen sprake van volledige substitutie omdat er ook sprake is van supervisie en beschikbaarheid van de medisch specialist. In de regel is er ook sprake van een geleidelijke afname van supervisietijd. In de meest optimale vorm van taakherschikking vindt er een korte terugkoppeling plaats (gemiddeld 6 minuten per patient), waarbij de medisch specialist formeel een akkoord geeft om de behandeling in te zetten.

C7
De PA en VS zijn volgens de meeste geïnterviewde medisch specialisten niet meer weg te denken uit het zorglandschap; zij voeren de minder complexe, geprotocolleerde taken uit maar leveren ook een belangrijke bijdrage bij het opvangen van de toename in zorgvraag en informatiebehoefte van patiënt en organiseren de zorg in toenemende mate.

C8
Er zijn specialismen waar taakherschikking ‘makkelijker’ en verder doorgevoerd is dan bij andere. Bijvoorbeeld oncologische trajecten en chirurgische trajecten worden bij verschillende ziekenhuizen met name door VS en/of PA ingezet (nadere analyse moet aangeven bij welke en hoe relatief dit is).

Taakherschikking en kostprijzen

C9
Bij alle vier ziekenhuizen is de inzet van de PA/VS onvoldoende zichtbaar in de kostprijzen. Het is niet mogelijk om (de geregistreerde verrichtingen) productie zichtbaar te maken. Eén ziekenhuis heeft interne 'dummy-codes' gehanteerd om de consulten op verpleegkundig specialistniveau zichtbaar te kunnen maken.

C10
Er wordt op afdelingsniveau wisselend omgegaan met de toerekening van kosten. Als er sprake is van wegingsfactoren dan zijn deze niet actueel en van wisselende kwaliteit.

C11
VS/PA dragen in belangrijke mate bij aan de verrichting eerste consulten en vervolgconsulten die op dit moment voornamelijk op naam van de medisch specialist worden uitgevoerd en geregistreerd.

C12
Analyse door middel van de toolbox laat zien dat het effect van de taakherschikking in dot-zorgproducten verkleind wordt doordat de gemiddelde kostprijs over alle producten wordt vastgesteld. Daar waar taakherschikking wel zichtbaar is, levert deze structureel besparing op.

C13
Omdat er sprake is van een gescheiden financieringsstructuur (honorariumdeel en ziekenhuisdeel) is voor drie ziekenhuizen de echte doelmatigheid niet zichtbaar te maken. Honorariumkosten zijn niet in de kostprijs van verrichtingen opgenomen.

C14
De registratie van verrichtingen is niet eenduidig. Het is voor de VS / PA niet altijd duidelijk wat geregistreerd kan worden, waardoor niet transparant is welke activiteiten verricht worden door PA en/of VS.

C15
Afdelingshoofden en medisch specialisten geven drie redenen op voor de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants:

- Kwaliteitsverbetering in de keten van zorg: informatievoorziening en verbeterde psychosociale begeleiding van patiënten.
- Continuïteit op afdelingen: doordat een arts-assistent een beperkte periode op een afdeling is er sprake van wisselende deskundigheid. De verpleegkundig specialist / physician assistant kan daarentegen continuïteit van dienstverlening en kwaliteit waarborgen.
- Het ontlasten van de medisch specialist zodat deze zich kan richten op de complexe zorgvraag.

C16
Een physician assistant is gericht op brede medische handelingen en kan meer taken die geregistreerd kunnen worden in verrichtingen overnemen van de medisch specialist. Hierdoor is de waarneembare herschikking bij deze groep groter.

C17
Er zijn beperkt instrumenten aanwezig om goede kosten- en batenanalyses te verrichten.

Belemmeringen

B1
Een groot deel van de activiteiten van de PA en VS kunnen niet geregistreerd worden waardoor niet zichtbaar is welke bijdragen de PA en VS leveren. Het is daardoor voor afdelingen niet zichtbaar welk doelmatigheidspotentieel de inzet heeft. Bij sommige maatschappen heeft dit geleid tot beperktere inzet danwel de overweging om niet uit te breiden.

B2
Taakherschikking is slechts beperkt zichtbaar in de kostprijzen door de verschillende wijze waarop zelfs binnen ziekenhuizen zelf de kostprijzen tot stand komen. Ook bij de hantering van wegingsfactoren worden verpleegkundig specialisten samen met verpleegkundigen in één factor bepaald waardoor er te weinig differentiatie is om taakherschikking helder te maken.

B3
Het face to face criterium dat bij de registratie van een eerste consult verplicht is, is een belemmering bij een het merendeel van de specialismen. Een eerste consult kan volgens medisch specialist en beroepsbeoefenaren bij een groot aantal specialismen goed door een VS of PA uitgevoerd worden.

B4
Om een integrale prijs vast te stellen zijn ook de honorariumkosten van maatschappen nodig. Ziekenhuizen hebben hierin geen inzicht in de salarislasten van Medisch Specialisten, dat hebben de maatschappen. Dit kan belemmerend zijn om de doelmatigheid in kaart te brengen.

B5
De professionele standaard, geformuleerd door de wetenschappelijke beroepsgroepen, vereist de aanwezigheid van een medisch specialist. Daarnaast zijn er volumenormen die ook het aantal verrichtingen dat een medisch specialist moet uitvoeren. Bij een krappe arbeidsmarkt kunnen deze normen belemmerend werken op verdere taakherschikking.

B6
Een belangrijke factor voor de inzet van een physician assistant zijn de (interne) afspraken tussen maatschap en ziekenhuis. In enig geval is geconstateerd dat deze afspraken belemmerend werken voor de herschikking van taken richting physician assistant, omdat het ziekenhuis geen bijdrage levert richting maatschap.

B7
Taakherschikking wordt belemmerd door sentimenten en angsten rondom verwachte inkomstenverlaging als taakherschikking zichtbaar zou worden. Zodra taakherschikking gehanteerd wordt om inkomenspolitiek te bedrijven, vormt het een belemmering voor zichzelf.

B8
Supervisie en beschikbaarheid door de medisch specialist is een belangrijke voorwaarde voor het succes van de beroepsbeoefenaren en herschikking van taken. Het ontbreken hiervan kan beschouwd worden als een belemmering.

B9
Verpleegkundig specialisten en physician assistants zien het nut van een goede registratie slecht in.

Aanbevelingen

A1
Draag zorg voor het differentiëren van verrichtingen zodat het (interne) registratiesysteem het (financiële) effect van die inzet zichtbaar maakt; Dit zou kunnen door de zorggerelateerde taken door middel van een aparte verrichting en/of zorgactiviteit geregistreerd moeten worden om transparant te kunnen maken welke doelmatigheid gerealiseerd wordt ten opzichte van een verrichting uitgevoerd door medisch specialist.

A2
Voor ziekenhuizen is het aan te bevelen de volgende stappen te nemen om zichtbaarheid van taakherschikking te verbeteren:

1. Doorloop de verrichtingen en herijk de gehanteerde wegingsfactoren
2. Valideer de wegingsfactoren op tenminste twee manieren (rooster / medisch specialist)
3. Hanteer dezelfde wegingsfactoren bij iedere afdeling (zodat vergelijkbaarheid behouden blijft)
4. Registreer een consult verpleegkundig specialist en een consult physician assistant en waar mogelijk van toepassing zijnde extra verrichtingen
5. Reken de betreffende kostprijzen op verrichtingniveau uit, waarbij de salarislasten van beide groepen gehanteerd worden
6. Vergelijk de kostprijs van een consult MS met de consult van de VS/PA om zicht te krijgen op het doelmatigheidspotentieel

A3
De inzet van PA en VS in de kostprijs uitdrukken kan alleen als ook de activiteiten van de medisch specialist die een relatie hebben met de verrichting erin opgenomen wordt. Dat zou een evenwichtige balans tussen begeleiding en zelfstandige inzet geven.

A4
Het face-to-face criterium zou ten behoeve van de verpleegkundig specialist en physician assistant opgeheven moeten worden. Daarbij is het van belang dat er een afweging van de medisch specialist moet blijven bestaan of en waar in het proces hij/zij de patient wel kan zien.

A5
Het zou voor ziekenhuis en maatschap inzichtelijk moeten zijn wat de integrale kostprijs is van een verrichting. Deze dienen ter ondersteuning voor de besluitvorming rondom de inzet van deze beroepsgroepen door de honorariumkosten op te nemen in een integrale prijs.

A6
De professionele standaard moet leidend zijn voor de verschillende beroepsbeoefenaren. Daarbij is het van belang dat deze aansluit bij de dagelijkse praktijk en mogelijkheden rondom de inzet van PA en/of VS. Herbeoordeel deze normen zodat de inzet van PA/VS niet belemmerd wordt door normen die niet aansluiten op de praktijk en mogelijkheden.

A7
Het positieve effect van de inzet van PA/VS moet ziekenhuis en maatschap stimuleren om ook in de toekomst de taakherschikking verder vorm gegeven. Heldere afspraken tussen ziekenhuis en maatschap over de vergoeding van beide partijen is daarbij van belang. Men kan bijvoorbeeld ervoor zorgdragen dat zowel PA als VS een gelijke verrekensystematiek kennen.

A8
Ziekenhuis en maatschappen moeten zelf de beslissing tot de inzet van VS/PA kunnen (blijven) nemen. Het moet echter voor beide partijen aantrekkelijk zijn om deze groep in te zetten. Dit kan vanuit een kwaliteitsoverweging en vanuit een doelmatigheidspotentieel, maar dient in ieder geval een duidelijke keuze van beide partijen te zijn. Ziekenhuizen en maatschappen kunnen aantrekkelijkheid stimuleren door intern deze kwaliteitsoverweging of doelmatigheidsoverweging concreet in beleid te vervatten.

A9
De mogelijkheid tot ruggespraak en begeleiding van VS en/of PA door Medisch Specialist moet meegenomen worden bij de berekening van de kostprijs zodat deze inzet door medisch specialist transparant wordt. Dit kan door middel van een toe te passen wegingsfactor of correctie in de toerekening van salariskosten.

A10
Hanteer de toolbox waarmee de taakherschikking helder zichtbaar gemaakt kan worden en een business case gemaakt kan worden gebaseerd op kosten en opbrengsten in brede zin.

A11
Het effect van de integrale prijzen (en alle andere maatregelen) in 2015 kan substantieel zijn. Het verdiend de aanbeveling om een hermeting te verrichten om de stand van herschikking na deze maatregelen te meten

A12
Er zou meer bewustwording gecreëerd moeten worden bij zowel medisch specialist als VS/PA ten aanzien van de rol die zij hebben in het financiële aspect en de wijze van registratie en het belang van hun zichtbaarheid hierin.

A13
Om betere vergelijking te kunnen maken zou men ook de activiteiten van de medisch specialisten in kaart moeten brengen.

A14
Verbeter de informatievoorziening rondom taakherschikking zodat de effecten ervan zichtbaar worden. Dit zou de inzet van VS en PA kunnen stimuleren om eenduidig te registreren.

A15
Verricht nader onderzoek naar de 'overige activiteiten' en betrek hier ook de activiteiten van de medisch specialist bij zodat een compleet (en vergelijkbaar) beeld gevormd wordt van de niet geregistreerde activiteiten.

A16
Werk een drietal businesscases uit om de toolbox verder te ontwikkelen en valideren, zodat daarmee op verschillende niveaus (afdeling, specialisme) een beeld ontstaat van de taakherschikking en effecten daarvan

Bijlage 2 geeft een samengevat overzicht van deze aanbevelingen.

Begrippenlijst

Additionele zorg Uitbreiding of toevoegen van taken uit eigen beroep of toename van zorgvraag.

Bruto- nettofactor Is de maat die de verhouding weergeeft tussen het bruto aantal uren zoals vermeld in het arbeidscontract en het netto aantal uren dat een medewerker daadwerkelijk kan worden ingezet. Dit zijn inzetbare uren.

CBV-verrichting zorginhoudelijke classificatie- en codestelsel die door ca 40 ziekenhuizen wordt gehanteerd om zorginhoudelijke gegevens binnen de zorgsector vast te leggen. Het CBV-bestand bevat 55.000 verschillende verrichtingen.

DBC-zorgproduct Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie die is afgeleid uit een subtraject en zorgactiviteiten via door de NZa vastgestelde beslisbomen.

Honorariumbedrag Het maximumbedrag (per zorgproduct) dat in rekening gebracht kan worden ter vergoeding van de diensten van een medisch specialist. Al dan niet in combinatie met het kostenbedrag vormt dit het tarief per zorgproduct.

Integrale kostprijzen De (integrale) kostprijs van een product of dienst bestaat uit de totale kosten (financieel) die gemaakt worden voor het produceren of leveren van het product of de dienst.

Kostencomponent Het bedrag per (gereguleerd) zorgproduct dat in rekening gebracht mag worden ter vergoeding van instellingskosten. Al dan niet in combinatie met het honorariumbedrag vormt dit het tarief per zorgproduct.

Kostendrager Een eenheid waaraan kosten worden toegerekend.

Kostprijs De kosten in verband met het verrichten van bepaalde zorgactiviteiten of zorgproducten waarbij de toerekening plaatsvindt conform het kostprijsmodel

Taakdelegatie Niet structurele herverdeling van taken; taken worden in opdracht onder supervisie uitgevoerd. De verantwoordelijkheid blijft bij delegatie onder de medisch specialist.

Taakherschikking Structurele herverdeling van taken over beroepsgroepen

Taakverdeling Wijze waarop taken herverdeeld zijn. In dit onderzoek wordt hier de verdeling tussen herschikte, gedelegeerde of additionele zorgtaken bedoeld

Zorgactiviteit Zijn de bouwstenen van een DBC-zorgproduct en vormen gezamenlijk het profiel van een DBC-zorgproduct.

Zorgprofiel Een verzameling van zorgactiviteiten die horen bij een zorgproduct heet het zorgprofiel van een zorgproduct

Supervisie Persoonsgericht leertraject onder leiding van een supervisor. Het is een vorm van deskundigheidsbevordering, gericht op het reflecteren op de eigen manier van werken.

Literatuurlijst

M. Berg, W. Schellekens, C. Bergen, Over de kwaliteitskloof: naar een integratie van professionele en bedrijfskundige kwaliteit. Medisch Contact 2003; 58 (49): 1907-10.

J.L.T. Blank en E. Eggink, Productiviteitstrends in de ziekenhuiszorg. Een empirisch onderzoek naar het effect van regulering op de productiviteitsontwikkeling tussen 1972 en 2008. IPSE Studies, Technische Universiteit Delft/sociaal Cultureel Planbureau, 2011.

CIBG via http://www.bigregister.nl

W. Editors. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care, Berkshire, England, Open University Press; 2006.

Eerste Kamer (2011). Wijziging van de mogelijkheid tot taakherschikking in de Wet beroepen individuele gezondheidszorg, Op 16 december 2013 ontleent aan http://www.eerstekamer.nl /wetsvoorstel/ 32261_wijziging_van_ de_mogelijkheid_tot_Taakherschikking_ in _de_Wet_ beroepen_ individuele gezondheidszorg.

Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging (2012), Integrale bekostiging van zorg: Werk in uitvoering: Eindrapport van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging, juni 2012, Den Haag.

I. Heath, Skill mix in primary care. British Medical Journal 1994; 308: 993-4. 4.

G.J. Kommer, A. Wong en L.C.J. Slobbe; Determinanten van de volumegroei in de zorg, Briefrapport 270751021/2010, RIVM, in opdracht van Ministerie van VWS, Bilthoven : Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, (2010).

L.J.R. van der Meulen, A. Beldman en A.J.J. van der Kwartel. Productiviteitswinst in de Zorg. Who gets what, when and how. Kiwa Prismant, 2012.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Taakherschikking in de gezondheidszorg, Zoetermeer, RVZ, 2002.

B. Sibbald, M. Laurant, T. Scott, Changing task profiles. In: Saltman A, Rico A, Boerma

A.C.S. Goossensen, Taakherschikking in de praktijk; anders werken in het Erasmus MC; Medisch Contact 2005; 60 (19);816-824.

G. Richardson, A. Maynard, N. Cullum, D. King, Skill mix changes: substitution or service development?, Health Policy 1998; 45 (2): 119-32.

Van der Velde, F., Van der Windt, W., Alumni van de Masteropleiding Advanced Nursing Practice, Capaciteitsorgaan, Utrecht, maart 2013.

F. van der Velde, W. van der Windt, Alumni van de Masteropleiding Physician Assistant, Capaciteitsorgaan, Utrecht, maart 2013.

De Nederlandse Zorgautoriteit (2012), Advies Taakherschikking in de tweedelijns somatische zorg en curatieve geestelijke gezondheidszorg, Utrecht 2012.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Beleidsregel BR/CU 2104 Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg, Utrecht 2013.

De Nederlandse Zorgautoriteit (2012), Toelichting op de honorariumberekening DBC-Zorgproducten 2013, Utrecht.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Nadere Regel NR/CU-228, Regeling medisch specialistische zorg, Utrecht 2013.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Nadere Regel NR/CU-235, Regeling registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch specialistische zorg, Utrecht 2012.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Verantwoordingsdocument Prestatiebekostiging Medisch Specialistische zorg, uitwerking van de implementatie, Utrecht 2012.

Harmsen, M., Laurant M. et al (2007), Effecten van taakherschikking in de gezondheidszorg: literatuuronderzoek, Nijmegen.

Kwaliteitskoepel Medisch Specialisten (2013), Richtlijnen, Op 15 november 2013 ontleent aan http://www.kwaliteitskoepel.nl/kwaliteitsbibliotheek/a_z_index/.

Kwaliteitskoepel medisch specialisten (2013), Minimale voorwaarden HHOC, op 16 november ontleent aan http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/Normen/ minimale_voorwaarden_HHOC.pdf.

KPMG, V&VN en NAPA, Handreiking 'verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg', 2012.

G. Ligtenberg (2012), Voorwaardelijke toelating/financiering van zorg, CVZ, april 2012, uitgebracht aan de Minister van VWS, Diemen; College voor zorgverzekeringen.

Ministerie van VWS (2012), Naar beter betaalbare zorg: Rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven, juni 2012, Den Haag : Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Morris, Devlin, Parkin et al (2007), Economic Analysis in Health Care, John Wiley & Sons ltd.

Nationaal Instituut voor Budgetvoorlichting (2003). Normering Chirurgische behandelingen 3.0 (bariatrische chirurgie), Een onderzoek naar de kosten van kinderen in grote gezinnen. Op 22 mei 2006 ontleend aan http://www.nibud.nl/docs/grotgezi.pdf.

Nederlandse Associatie van Physician Assistants (2007), Beroepsprofiel voor de Physician Assistant.

Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVvC), Volume normen cardiologie, juni 2011.

Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO), Kwaliteitsnormen Radiotherapie in Nederland versie 2.0, 30 november 2012.

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), Richtlijnen 2013, op 16 november ontleent aan http://nvog-documenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/ pagina.php&fSelectNTG_ 68=80&f SelectedSub=68.

Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVvU), Kwaliteitsnormen, april 2013.

Platform VS en PA (2012), Physician assistants en verpleegkundig specialisten wettelijk op eigen benen, Nijmegen.

Overheid, Wet Mededinging Gezondheidszorg, Op 16 december 2013 ontleent aan http://wetten.overheid.nl/BWBR0020078/.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2002), Taakherschikking in de gezondheidszorg, Zoetermeer

Schippers E.I. (2013), Herziening Zorgstelsel (29 689), Voorhangbrief nr. 437 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, Den Haag.

Staatsblad, jaargang 2011, nrs. 658 en 659.

Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS), Normeringsdocument (2013). Multidisciplinaire normen oncologische zorg in Nederland. Op 17 november 2013 ontleent aan http://www.soncos.org/

Verpleegkundige beroepenstructuur en opleidingscontinuüm (VBOC), Algemeen competentieprofiel en specifieke deelprofielen verpleegkundig specialist, Werkgroep 'competentieprofiel verpleegkundig specialist', Utrecht, (2008).

F.F. Asselman, Kostprijzen in ziekenhuizen, Bohn Stafleu van Loghum Houten, 2008

S. Visser, R. Westendorp, K. Cools [et al.], Kwaliteit als medicijn: Aanpak voor betere zorg en lagere kosten, Booz & Company Amsterdam, (2012).

Bijlage 1. Samenvatting voorbehouden handelingen

Artsen volgens Wet BIG	VS acute zorg bij somatische aandoeningen	VS chronische zorg bij somatische aandoeningen	VS preventieve zorg bij somatische aandoeningen	VS intensieve zorg bij somatische aandoeningen	VS geestelijke gezondheidszorg	PA
. Het verrichten van heelkundige handelingen . Het verrichten van verloskundige handelingen . Het verrichten van endoscopieën . Het verrichten van catheterisaties . Het geven van injecties . Het verrichten van puncties . Het brengen onder narcose . Het verrichten van handelingen, op het gebied van de individuele gezondheidszorg, met gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden . Het verrichten van electieve cardioversie . Het toepassen van defibrillatie . Het toepassen van electroconvulsie therapie . Het toepassen van steenvergruizing voor geneeskundige doeleinden . Het verrichten van handelingen ten aanzien van menselijke geslachtscellen en embryo's, gericht op het anders dan op natuurlijke wijze tot stand brengen van een zwangerschap . Het voorschrijven van UR-geneesmiddelen	. Het verrichten van heelkundige handelingen; . Het verrichten van catheterisaties; . Het geven van injecties; . Het verrichten van puncties; . Het toepassen van defibrillatie; . Het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.	. Het verrichten van heelkundige handelingen; . Het verrichten van catheterisaties; . Het geven van injecties; . Het verrichten van puncties; . Het verrichten van endoscopieën; . Het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.	. Het geven van injecties; . Het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.	. Het verrichten van heelkundige handelingen; . Het verrichten van endoscopieën; . Het verrichten van catheterisaties; . Het geven van injecties; . Het verrichten van puncties; . Het verrichten van electieve cardioversie; . Het toepassen van defibrillatie; . Het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.	. Het geven van injecties; . Het verrichten van puncties; . Het toepassen van defibrillatie; . Het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.	. Het verrichten van heelkundige handelingen; . Het verrichten van endoscopieën; . Het verrichten van catheterisaties; . Het geven van injecties; . Het verrichten van puncties; . Het verrichten van electieve cardioversie; . Het toepassen van defibrillatie; . Het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.

Bijlage 2: Aanbevelingen samengevat per klankbordgroep

Ziekenhuizen	V&VN / NAPA	NVZ	Nfu	VWS	NZa	ZN	OMS
Verbeter registratie rondom verrichtingen (eenduidige registratie, opschonen verrichtingen) (A1, A2)	Verbeter informatie-voorziening rondom financiering en registratie van verrichtingen (A14)	Verbeter informatievoorziening rondom verrichtingen/ financiering en kostprijsberekeningen (A10, A14)	Verbeter informatie-voorziening rondom verrichtingen/ financiering en kostprijs-berekeningen (A10, A14)	Houdt rekening met andere effecten die taakherschikking kunnen belemmeren (arbeids-markt, honorariumwijzig ingen) (A8, A5, A11)	Het zelfstandig openen van DBC mogelijk maken (A1, A11)	Open de discussie rondom taakherschikking en vraag naar de effecten van taakherschikking (A12, A14)	Ondersteun Maatschappen bij de vorming van de integrale prijzen en de relatie met taakherschikking (A12, A14)
Registreer een verrichting consult 'verpleegkundig consult' en 'physician assistant' om doelmatigheid zichtbaar te maken (zo mogelijk ook meerdere verrichtingen) (A1, A2)	Ondersteun bij rol en positiebepaling van VS/PA voor wat betreft hun bijdrage aan de opbrengsten van het ziekenhuis door methodes aan te rijken die deze bijdrage kunnen laten zien (A14)	Informeer over de toolbox die generiek toepasbaar is voor ziekenhuizen en academische centra (A10, A14)	Informeer over de toolbox die generiek toepasbaar is voor ziekenhuizen en academische centra (A10, A14)	Faciliteer de overgang naar integrale bekostiging door gebruik toolbox te stimuleren (A10)	Zorg- en subtrajecten van PA/VS zichtbaar maken door de nieuwe zorgactiviteit door PA/VS te laten aanmaken (A1)	Stuur op gebruik van 'toolbox' door ziekenhuizen ernaar te bevragen. Geeft inzicht aan beide partijen (A10)	Informeer over de toolbox die generiek toepasbaar is voor maatschappen in ziekenhuizen (A10)
Actualiseer de gehanteerde wegingsfactoren (en maak een wegingsfactor waarbij PA/VS apart genomen wordt). (A5)	Geef voorlichting over de mogelijke belemmeringen rondom honorarium medisch specialist (A14)			Faciliteer nader onderzoek naar de 'overige activiteiten' (A13, A15)	Aparte zorgactiviteiten voor PA/VS creëren zodat ook op ZA-niveau kostprijzen berekend kunnen worden (A1)		Professionele standaarden moeten aansluiten bij de praktijk van taakherschikking (A6)
Verbeter de wijze waarop de wegingsfactoren worden vastgesteld. Hanteer daarbij minimaal 2 validaties van deze uren inzet (leidinggevende, rooster) (A2, A5)				Faciliteer dieper onderzoek naar belemmeringen waarbij de tool verder ontwikkeld wordt (A16)	Integrale tariefvorming mogelijk maken (A5, A11, A12)		
Hanteer een correctie op de wegingsfactor voor de 'ruggespraak door medisch specialist' en inzet medisch specialist (A3, A5, A9)				Effecten integrale tariefvorming op taakherschikking meten (A11)	Opheffen Face to Face criterium (A4)		
Bereken de effecten van de integrale bekostiging voor het ziekenhuis op basis van zorgactiviteiten en verrichtingen. (A5, A11, A12,A14)							

Maak duidelijke afspraken over registraties ook waar het activiteiten buiten het specialisme om betreffen (VS/PA werken vaak voor meerdere specialismen, maar kunnen dit niet altijd registreren). (A5)							
Schoon waar mogelijk het verrichtingenbestand op. (A5)							
Maak heldere afspraken over de vergoeding van PA / VS door Maatschap en Ziekenhuis. Zorg ervoor dat de inzet van PA/VS gestimuleerd wordt (A7, A8)							Informeer maatschappen over de inzet van PA/VS. Stimuleer goede afspraken tussen maatschappen en ziekenhuis rondom vergoeding. (A12)
Ook de activiteiten die herschikt zijn en niet geregistreerd worden door medisch specialist zouden geïnventariseerd moeten worden om een volledig(er) overzicht te krijgen (A13, A15)							
Bepaal bij ziekenhuizen met maatschappen, ruim voor de integrale prijsvorming, de integrale kostprijs voor verrichtingen (hon + zkh) zodat goede interne afspraken gemaakt kunnen worden (A5)							