Tweede evaluatie van de ‘Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant’

Frank Peters

Nijmegen, november 2016

KBA Nijmegen

Projectnummer: 2015.459

© 2016 KBA Nijmegen

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

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

Inhoudsopgave

1 Over dit onderzoek 1
1.1 Aanleiding onderzoek 1
1.2 De subsidieregeling 1
1.3 Doel- en probleemstelling evaluatieonderzoek 5
1.4 Aanpak onderzoek 6

2 Resultaten en conclusies 9
2.1 Doel subsidieregeling 9
2.2 Besteding budget 12
2.3 Risico's 14
2.4 Voorzetting regeling 18
2.5 Slotconclusie 18

1 Over dit onderzoek

1.1 Aanleiding onderzoek

Verpleegkundig specialisten (VS'en) en physician assistants (PA's) zijn beroepskrachten met een hbo-masteropleiding, die werkzaam zijn op het snijvlak van het medisch en verpleegkundig domein en delen van het werk van artsen en specialisten kunnen overnemen. VS'en worden opgeleid via de opleiding Master Advanced Nursing Practice (MANP) en PA's via de opleiding Master Physician Assistant (MPA). In beide gevallen gaat het om duale trajecten, waarbij studenten afwisselend leren en werken. Vanwege het maatschappelijk belang van de twee opleidingen worden die door middel van subsidie gezamenlijk gefinancierd door het ministerie van Onderwijs Cultuur en Wetenschap (OCW) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). OCW neemt daarbij de binnenschoolse kosten voor haar rekening en VWS compenseert de salariskosten voor de vervanging van degene die de opleiding volgt. Het VWS-deel van de kosten wordt vergoed vanuit de *Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant.*

Gelet op het belang van de subsidieregeling voor het verwezenlijken van haar beleid en het belang om dat op een effectieve manier te doen, heeft het ministerie van VWS in 2014 aan KBA Nijmegen opdracht gegeven de regeling te evalueren. Geconcludeerd werd dat het beoogde doel van de regeling wordt behaald, het beschikbare budget wordt besteed zoals bedoeld, er geen risico's aan de regeling zitten en dat voortzetting van de regeling zeer gewenst is. Overallconclusie was dat de subsidieregeling doeltreffend is.

Met het oog op de besluitvorming over een mogelijke verlenging van de regeling, die per 1 juli 2017 afloopt, heeft het ministerie opnieuw aan KBA Nijmegen gevraagd de regeling te evalueren. In voorliggend rapport beschrijven we de bevindingen van deze evaluatie. De conclusies van het onderzoek staan in hoofdstuk 2. In paragraaf 1.2 beschrijven we doel en opzet van de subsidieregeling en in paragraaf 1.3 de wijze waarop die is geëvalueerd.

1.2 De subsidieregeling

Doel van de regeling

De masteropleidingen MANP en MPA leveren zorgprofessionals af die taken kunnen overnemen van artsen. In een brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer van eind 2003, is aangegeven dat met de subsidiering van de opleidingen drie doelen worden nagestreefd: (i) een betere kwaliteit van zorg, (ii) een beter carrièreperspectief voor de mensen die in de zorg werken en (iii) het opvangen van de noodzakelijke banengroei en vergrijzing.[1] Financiering van de opleidingen staat overigens niet op zich, maar is onderdeel van een veel breder pakket van in totaal negen maatregelen die samen de genoemde doelen moeten realiseren.

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

Start regeling en wijzigingen

De regeling is gestart in 2004. In feite was in eerste instantie sprake van twee regelingen, voor beide opleidingen apart. Bij de verlenging van de regelingen in 2006 zijn beide regelingen samengevoegd tot de *Subsidieregeling opleiding tot nurse practitioner en opleiding tot physician assistant* (in dit rapport verder aangeduid als subsidieregeling). De regeling is een aantal keren aangepast (zie overzicht 1).

Overzicht 1 – Start regeling en wijzigingen

Jaar	Toelichting
2004	- Start 'Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner' en de 'Subsidieregeling opleiding tot physician assistant'. - Looptijd regelingen: 2004 en 2005. - Aantal gefinancierde opleidingsplaatsen: 250 voor beide regelingen samen.
2005	- Verhoging aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen van 250 naar 325 in 2005 en 2006.
2006	- Samenvoeging regelingen. - Regelingen worden ook na 2006 gecontinueerd.
2007	- Structurele verhoging aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen van 250 naar 325 met ingang van studiejaar 2007-2008.
2008	- Verhoging aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen van 325 naar 400 met ingang van studiejaar 2008-2009.
2009	- Datum voor het indienen van aanvragen voor verlenging van de subsidie verschoven van 1 augustus naar 1 november in het jaar waarin de student instroomt.
2012	- Verhoging aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen van 400 naar 700: 150 met ingang van studiejaar 2012-2013 en 150 met ingang van studiejaar 2013-2014.
2012	- Verhoging tegemoetkoming buitenschoolse kosten van € 1.750 per student per maand naar € 1.875. De verhoging gaat in op 1 september 2012, zowel voor nieuwe als zittende studenten.
2014	- De regeling wordt voorzien van een einddatum: 1 juli 2017.

Aantal plaatsen

Uit overzicht 1 blijkt dat het aantal opleidingsplaatsen voor eerstejaars dat vanuit de regeling wordt bekostigd, een aantal malen is verhoogd. Dat gebeurde op basis van onderzoek waaruit bleek dat dat nodig was om aan de behoefte aan verpleegkundig specialisten en physician assistants op de arbeidsmarkt te kunnen voldoen.[2] De uitbreiding van het aantal plaatsen in 2012 gebeurde naar aanleiding van signalen vanuit de Vereniging Hogescholen, het platform VS en PA en het Capaciteitsorgaan. Zij gaven aan dat er enerzijds sprake was van wachtlijsten bij de opleidingen MANP en MPA en anderzijds van een nog steeds toenemende behoefte aan

2 Bronnen:
- Peters, Frank, Gerda Koenraadt en Hans Schuit. (2007). *De arbeidsmarkt van nurse practitioners en physician assistants*. Nijmegen: KBA.
- Peters, F., E. Keppels, H. Schuit en K. Kauffman. (2008). De arbeidsmarkt- en opleidingsbehoefte aan nurse practitioners en physician assistants. Nijmegen: KBA.

verpleegkundig specialisten en physician assistants. De verhoging is in twee stappen ingevoerd om de hogescholen de gelegenheid te geven daarop in te spelen.

Om tot de masteropleidingen te worden toegelaten moeten studenten aan de volgende eisen voldoen:
- beschikken over een hbo- of wo-diploma;
- ten minste twee jaar werkervaring hebben met de directe zorg voor patiënten;
- voor de duur van de opleiding beschikken over een leer-/arbeidsovereenkomst met de zorg-werkgever.

Er zijn negen hogescholen met een opleiding MANP, waarvan er vijf ook de opleiding MPA aanbieden. Op voordracht van de Vereniging Hogescholen wordt aan het begin van elk kalenderjaar door de minister van OCW het aantal opleidingsplaatsen vastgesteld voor dat jaar. De hogescholen maken onderling afspraken over de verdeling van de opleidingsplaatsen. Hoewel het beeld daarvan jaarlijks iets verschilt, slagen de hogescholen er vrijwel steeds in alle beschikbare opleidingsplaatsen te realiseren (zie tabel 1.1). Van de in totaal 6.175 opleidingsplaatsen, die tot en met studiejaar 2016-2017 vanuit de subsidieregeling beschikbaar waren, werd 79 procent daadwerkelijk bezet door nieuwe eerstejaars. Tot en met studiejaar 2012-2013 was dat zelfs 97 procent, maar vanwege de verhoging van het aantal bekostigde plaatsen van 400 naar 700 en de relatief lage instroom in het studiejaar 2013-2014, komt het percentage bezette plaatsen over de hele looptijd van de regeling lager uit.

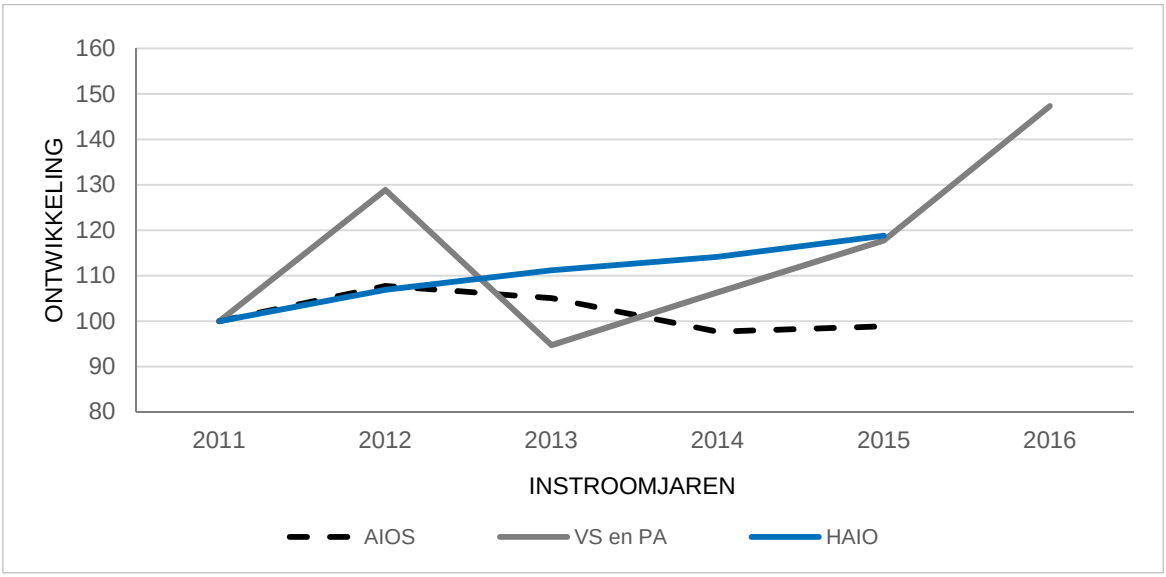
Tabel 1.1 – Aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen

Studiejaar	Maximumaantal gesubsidieerde plaatsen	Instroom			
		MANP	MPA	Totaal	Cumulatief
2004-2005	250	179	55	234	234
2005-2006	325	217	102	319	553
2006-2007	325	224	74	298	851
2007-2008	325	249	78	327	1.178
2008-2009	400	281	108	389	1.567
2009-2010	400	272	127	399	1.966
2010-2011	400	278	128	406	2.372
2011-2012	400	263	132	395	2.767
2012-2013	550	353	156	509	3.276
2013-2014	700	260	114	374	3.650
2014-2015	700	305	115	420	4.070
2015-2016	700	326	139	465	4.466
2016-2017	700	396	186	582	4.862

Bron: http://cijfers.hbo-raad.nl (geraadpleegd op 19-10-2016). Cijfers voor 2016-1017 op verzoek aangeleverd door het Platform VS en PA.

In 2015 is door KBA Nijmegen in opdracht van het Platform VS en PA onderzoek gedaan naar de onverwachte terugloop in beide opleidingen in het studiejaar 2013-2014.[3] Hieruit blijkt dat er voor die terugloop drie hoofdoorzaken zijn: in een deel van de zorgorganisaties is geen behoefte aan meer VS'en of PA's dan er al zijn, er bestaat onduidelijkheid over de gevolgen van de nieuwe bekostigingssystematiek en er is onduidelijkheid over de wijze waarop VS'en en PA's rendabel kunnen worden ingezet. Voor verschillende zorgorganisaties was dit aanleiding geen of niet meer VS'en of PA's te gaan opleiden, maar dat is een tijdelijke zaak. Dat wordt niet alleen door de respondenten zelf zo benoemd, maar blijkt bijvoorbeeld ook uit het feit dat in zorgorganisaties die een aantal jaren geleden geen VS'en of PA's in dienst hadden, op het moment van het onderzoek wel VS'en of PA's werkzaam waren. Bovendien werd in de meeste zorgorganisaties die aan het onderzoek meededen, nog steeds een verdere toename verwacht van het werk voor VS'en en PA's. De weer groeiende instroom in de opleidingen in de studiejaren vanaf 2013-2014 bevestigen dit: in het laatste studiejaar was de instroom in beide opleidingen niet eerder zo hoog. Ook uit andere bronnen blijkt de terugloop tijdelijk is. Zo wordt in het Integrerend rapport 2015 van het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn aangegeven dat de ziekenhuizen en de huisartsenzorg vaker groei dan krimp verwachten van het aantal functies op hbo-masterniveau.[4] Overigens laat ook de instroom van artsen in opleiding tot specialist (AIOS) in 2013 (en ook in 2014) een daling zien, die daarna weer afvlakt. Bij de instroom van huisartsen in opleiding was dit niet het geval (zie figuur 1).

Figuur 1 – Instroom in de opleidingen van artsen in opleiding tot specialist (AIOS), verpleegkundig specialisten en physician assistants (VS en PA) en huisartsen in opleiding (HAIO) (geïndexeerd op basis van de instroom in 2011)



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

4 Essen, G. van, S. Kramer, F. van der Velde & W. van der Windt. (2015). *Arbeid in Zorg en Welzijn, Jeugdzorg en Kinderopvang 2015. Integrerend rapport*. Den Haag: CAOP.

Omvang subsidie

Bij de start van de regeling in 2004 subsidieerde VWS een bedrag van € 1.750 per student per maand. Met ingang van 1 september 2012 is deze tegemoetkoming in de kosten van de zorgwerkgever eenmalig verhoogd naar € 1.875, Dat gebeurde vanwege de stijging van de buitenschoolse kosten, zoals aangegeven in de toelichting op de regeling waarin de verhoging werd gemeld.[5] Deze verhoging geldt zowel voor nieuwe als zittende studenten.

De opleiding MANP duurt 24 maanden en de opleiding MPA 30 maanden. Het maximumbedrag dat met ingang van studiejaar 2012-2013 door VWS wordt toegekend voor een student die de opleiding MANP heeft doorlopen, bedraagt momenteel € 45.000 en voor de MPA € 56.250 (zie tabel 2). Als een student korter over de studie doet, ontvangt de hogeschool alleen subsidie over het aantal maanden dat de opleiding daadwerkelijk heeft geduurd. Doet een student langer over de studie dan 24 maanden (MANP) of 30 maanden (MPA), dan zijn de kosten daarvan voor de student, diens werkgever en/of de hogeschool waar de opleiding wordt gevolgd.

Tabel 1.2 – Subsidiering opleidingskosten per student door VWS

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

Toekenning subsidie

Het bevoegd gezag van de hogeschool dient voorafgaande aan de opleiding een aanvraag te doen voor het aantal op te leiden studenten. Na honorering van de aanvraag worden er voorschotten verstrekt in gelijke maandelijkse termijnen tot een totaalbedrag van negentig procent. De subsidie wordt uitgekeerd aan de hogeschool die het binnenschoolse deel van de opleiding verzorgt en de subsidie ter beschikking stelt aan de zorgwerkgever van de student. Drie jaar na de start van de opleiding dient de hogeschool een aanvraag in voor de subsidievaststelling, waarin wordt aangegeven hoeveel maanden een student is opgeleid en hoeveel diploma's zijn verstrekt. Bij de aanvraag moet een accountantsverklaring worden gevoegd waaruit blijkt dat de verstrekte gegevens juist zijn. Op grond van de aanvraag stelt het ministerie van VWS de subsidie definitief vast. Uiterlijk twee maanden nadat de aanvraag is ingediend, worden de voorschotten verhoogd tot het maximumbedrag waarop werkgevers recht hebben.

1.3 Doel- en probleemstelling evaluatieonderzoek

Conform de Algemene wet bestuursrecht is de overheid verplicht de realisatie van beleidsdoelstellingen elke vijf jaar te evalueren op hun doeltreffendheid en effecten. In de Regeling Perio-

5 Staatscourant, nr. 26641, 21 december 2012.

diek Evaluatieonderzoek die met ingang van 1 januari 2013 van kracht is, worden daarvoor kwaliteitseisen geformuleerd en wordt de uitvoering van dergelijk onderzoek (waaronder subsidie-evaluaties) uitgewerkt. Aansluitend bij deze regeling moet het onderzoek uitwijzen in hoeverre met de Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant de gewenste beleidsresultaten worden bereikt. Zoals al eerder beschreven, zijn dat: (i) een betere kwaliteit van zorg, (ii) een beter carrièreperspectief voor de mensen die in de zorg werken en (iii) het opvangen van de noodzakelijke banengroei en vergrijzing. Omdat de regeling deel uitmaakt van een pakket van in totaal negen maatregelen die door het ministerie zijn ingezet om deze doelen te realiseren, moet het onderzoek duidelijk maken of en in welke mate de regeling bijdraagt aan het realiseren van de beoogde beleidsdoelen. De regeling doet dat met name door het stimuleren van taakherschikking.

De probleemstelling van het onderzoek is vierledig:
1. Wordt het beoogde doel van de subsidieregeling behaald?
2. Hoe wordt het beschikbare budget besteed?
3. Welke risico's zitten er aan de wijze waarop de regeling wordt uitgevoerd?
4. Is voortzetting van de regeling gewenst?

1.4 Aanpak onderzoek

Hoe is de evaluatie van de subsidieregeling uitgevoerd? Zoals hiervoor beschreven is in de Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek aangegeven hoe invulling kan worden gegeven aan de plicht om subsidieregelingen periodiek te evalueren. Daarbij wordt onder andere een aantal kwaliteitseisen voor subsidie-evaluaties geformuleerd:
- het is duidelijk welk beleid wordt onderzocht en wat de doelstellingen van dat beleid zijn;
- de vraag wordt beantwoord in hoeverre het beleid doeltreffend en/of doelmatig is;
- onderliggende bevindingen onderbouwen de conclusies;
- de onderzoeksmethode is valide en betrouwbaar. [6]

Deze kwaliteitseisen zijn nagenoeg identiek aan de eerder door de Algemene Rekenkamer geformuleerde vereisten voor effectevaluaties[7]:
- de meting van de doelrealisatie moet valide zijn;
- de vraag of de doelrealisatie kan worden toegeschreven aan de subsidie moet worden beantwoord;
- de conclusies moeten deugdelijk zijn onderbouwd.

Om aan de eisen voor wat betreft de uitvoering van de evaluatie te voldoen, zijn er voor de vier onderzoeksvragen diverse bronnen geraadpleegd. Dat gebeurde op uiteenlopende manieren (zie overzicht 2). Naast de geraadpleegde schriftelijke bronnen, zijn interviews afgenomen met in totaal 10 respondenten en hebben 8 opleidingscoördinatoren van beide masteropleidingen schriftelijk een aantal vragen over de regeling beantwoord.

Overzicht 2 – Bronnen en aanpak voor beantwoording van de evaluatievragen

6 Staatscourant, nr. 18352, 11 september 2012.
7 Algemene Rekenkamer. (2011). *Leren van subsidie-evaluaties.* Den Haag: Sdu Uitgevers.

Bronnen/ aanpak	Wordt doel behaald?	Besteding budget?	Risico's aan uitvoering?	Voorzetting gewenst?
Analyse onderzoeksliteratuur	●			
Analyse van data Vereniging Hogescholen	●			
Schriftelijke raadpleging van opleidingscoördinatoren van beide masteropleidingen (4 respondenten MANP en 4 respondenten MPA)[1]		●	●	●
Interview met de beleidsadviseur voor de sector gezondheidzorg van de Vereniging Hogescholen (1 respondent)			●	●
Interview met betrokken functionaris VWS (1 respondent)		●	●	
Interview met de voorzitter van de beroepsvereniging V&VN Verpleegkundig Specialisten (1 respondent)[2]		●	●	●
Interviews met voorzitters platform VS en PA en landelijke opleidingsoverleggen MANP en MPA (2 respondenten)[3]			●	●
Interviews met zorgwerkgevers: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, ActiZ, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra en Federatie Medisch Specialisten (4 respondenten)	●	●	●	●
Interview met de voorzitter van de raad van bestuur van Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (1 respondent)	●	●	●	●

1 MANP staat voor Master Advanced Nursing Practice MPA voor Master Physician Assistant.

2 Vanwege een voorzitterswissel kon tijdens de looptijd van het onderzoek geen afspraak worden gemaakt met de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA), de beroepsvereniging van physician assistants.

3 De voorzitter van het Platform VS en PA is ook voorzitter van het landelijk opleidingsoverleg MPA, vandaar dat niet met 3 maar met 2 respondenten is gesproken.

2 Resultaten en conclusies

2.1 Doel subsidieregeling

De subsidieregeling stelt zorgprofessionals in staat zich te laten opleiden tot verpleegkundig specialist of physician assistant, die bepaalde taken van artsen kunnen overnemen. Doel daarvan is de zorg te verbeteren zonder dat die duurder wordt. Dat kan door zorgtaken goed en efficiënt te verdelen en om zorgprofessionals ánders in te zetten. Door de zorg anders te organiseren kan aan deze toenemende zorgvraag worden beantwoord zonder dat de kosten enorm toenemen.[8] De regeling werkt dus vooral via het bevorderen van taakherschikking aan het realiseren van de beoogde doelen. Dat zijn: een betere kwaliteit van zorg, een beter carrièreperspectief voor de mensen die in de zorg werken en het opvangen van de noodzakelijke banengroei en vergrijzing. In welke mate worden die doelen met de regeling behaald? Evenals bij de eerste evaluatie van de regeling baseren we het antwoord op die vraag op onderzoeken die vanaf de invoering van beide nieuwe beroepen in Nederland zijn uitgevoerd om na te gaan *waarom* verpleegkundig specialisten en physician assistants worden ingezet en wat de *resultaten* daarvan zijn.

Bij de eerste evaluatie is aangegeven dat uit diverse onderzoeken blijkt dat de *motieven* om verpleegkundig specialisten en physician assistants in te zetten, te maken hebben met het aanpakken van de personeelsproblematiek, verbeteren en borgen van de kwaliteit van de zorg, het beheersen van de kosten van de zorg en het vergroten van het loopbaanperspectief voor verpleegkundigen en paramedici.[9] Deze motieven zijn vrijwel een weerspiegeling van de doelen die met de regeling worden beoogd. Daarmee is uiteraard nog niet feitelijk aangetoond dat die daadwerkelijk (mede) door de subsidieregeling worden gerealiseerd, maar wel dat wordt verwacht en ondervonden dat verpleegkundig specialisten en physician assistants daaraan bijdragen. Onderzoeken die daarna verschenen zijn, onderstrepen dit beeld. Dat geldt vooral voor de verwachte effecten van de inzet van VS'en en PA's op de kwaliteit van zorg. Zo blijkt uit praktijkvoorbeelden van de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants in de huisartsenpraktijk dat de belangrijkste aanleiding om dat te doen, de druk op het spreekuur van de arts is.[10] En in een onderzoek onder opleiders in ziekenhuizen en huisartsvoorzieningen geeft het merendeel van de respondenten aan dat door het in dienst nemen van een verpleegkundig specialist of physician assistant de kwaliteit van de zorg verbetert, de continuïteit van zorg wordt bevorderd en artsen en arts-specialisten worden ontlast.[11] Een onderzoek naar de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants in de revalidatiegeneeskunde,

8 Bron: http://www.platformzorgmasters.nl/veelgestelde-vragen/, geraadpleegd op 17 november 2016.
9 Zie bijvoorbeeld: Peters, Koenraadt en Schuit (2007), Peters, Keppels, Schuit en Kauffman (2008), Kauffman, Schuit en Peters (2010).
10 Burgt, M.R. van der, Roij, J. van, Derckx, E.W.C.C. & Meulepas, M.A. (2015). *Eindrapport praktijkvoorbeelden: De verpleegkundig specialist in de eerste lijn*. Eindhoven: Stichting KOH.
Burgt, M.R. van der, Roij, J. van, Derckx, E.W.C.C. & Meulepas, M.A. (2015). *Eindrapport praktijkvoorbeelden: De physician assistant in de eerste lijn*. Eindhoven: Stichting KOH.
11 Peters, Frank & Joost van der Horst. (2016). *Belemmeringen bij het opleiden van verpleegkundig specialisten en physician assistants*. Nijmegen: KBA.

levert vergelijkbare resultaten op.[12] Ten slotte kunnen we wijzen op de uitkomsten van een studie naar de relatie tussen taakherschikking en kostprijzen en de van daaruit voortkomende belemmeringen om verpleegkundig specialisten en physician assistants in te zetten. Daaruit blijkt dat het financiële systeem en landelijke wetgeving in ziekenhuizen diverse belemmeringen voor taakherschikking opwerpt, maar dat verpleegkundig specialisten en physician assistants desondanks veelvuldig worden ingezet: *'Als we vragen naar de motivatie voor deze inzet, luidt het meest gehoorde argument: de kwaliteit van (keten-)zorg'*.[13]

Bij de eerste evaluatie van de regeling is vastgesteld dat de studies naar de *resultaten* van de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants aantonen dat de doelen worden behaald. Maar daarbij ging het vaak wel om studies die op beperkte schaal zijn uitgevoerd. En wat betreft het herschikken van taken van artsen naar verpleegkundig specialisten en physician assistants was niet altijd eenduidig en duidelijk in welke mate dit het geval is en wat daarvan de gevolgen zijn voor de behoefte aan artsen en de kosten van de zorg. Inmiddels zijn er meer studies uitgevoerd waarin de effecten van de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants aan de orde komen (zie overzicht 3).

Overzicht 3 – Resultaten van de inzet van VS'en PA's

Bron	Resultaten
De Bruijn-Geraets, D.P., Bessems-Beks, M.C.M., van Eijk-Hustings, Y.J.L., Vrijhoef, H.J.M (2015). *voorBIG-houden, Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant*. Maastricht: Maastricht UMC+, Patiënt & Zorg.	Toekennen van wettelijke zelfstandige bevoegdheid aan VS en PA voor het uitvoeren van bepaalde voorbehouden handelingen draagt bij aan het efficiënter inrichten van zorgprocessen. De zorg wordt door de hiertoe geschikte professional uitgevoerd, hetgeen indicatoren zijn voor doelmatige zorg.
Wallenburg, I., M Janssen & A. de Bont. (2015). *De rol van de verpleegkundig specialist en de physician assistant in de zorg. Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland*. Rotterdam: Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.	De ontwikkeling van nieuwe professionele rollen draagt bij aan de kwaliteit en continuïteit van zorg.
Vught, Anneke J.A.H. van, Marleen H. Lovink & Miranda G.H. Laurant. (2015). *Taakherschikking binnen de revalidatiegeneeskunde*. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen; 2015.	Taakherschikking binnen de breedte van de revalidatiegeneeskunde is mogelijk.
Burgt, M.R. van der, Roij, J. van, Derckx, E.W.C.C. & Meulepas, M.A. (2015). *Eindrapport praktijkvoorbeelden: De verpleegkundig specialist in de eerste lijn.* Eindhoven: Stichting KOH.	De VS en PA nemen werk van de huisarts uit handen; zowel (in)direct patiëntgebonden taken als niet-patiëntgebonden taken. Er is dus sprake van taakherschikking.
Burgt, M.R. van der, Roij, J. van, Derckx, E.W.C.C. & Meulepas, M.A. (2015). *Eindrapport praktijkvoorbeelden: De physician assistant in de eerste lijn*. Eindhoven: Stichting KOH.	De VS en PA kunnen worden ingezet om de huisartsenzorg anders te organiseren, zo kan de patiënt in de toekomst een beroep blijven doen op de huisartsenvoorziening (toegankelijkheid).

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

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

Ook de onderzoeken in overzicht 3 zijn in de meeste gevallen niet representatief voor de gehele Nederlandse gezondheidszorg, maar zijn vooral indicatief voor de resultaten die de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants opleveren in de verschillende delen van de gezondheidszorg. Dat laat onverlet dat waar dat is vastgesteld, blijkt dat hun inzet taakherschikking mogelijk maakt en vooral bijdraagt aan het verbeteren en borgen van de kwaliteit van zorg. Uit een recent uitgevoerd onderzoek naar de toekomst van de ziekenhuiszorg, wordt verwacht dat voor de functies in het ziekenhuis, taakherschikking het meest ingrijpend zal zijn en dat die plaats zal vinden van medisch specialist naar verpleegkundig specialist.[14] En het Capaciteitsorgaan merkt in haar jongste capaciteitsplan op, dat het niet meer zo zeer de kwestie is of, maar in welke mate verpleegkundig specialisten en physician assistant een deel van de verwachte toename van de vraag naar specialisten gaat opvangen.[15]

Dat de nieuwe beroepen een beter carrièreperspectief betekenen voor mensen die al in de zorg werken, blijkt uit de vele interviews in vaktijdschriften met verpleegkundig specialisten en physician assistants en uit de grote belangstelling voor beide opleidingen, zo werd in de eerste evaluatie van de regeling gesteld. Enkele jaren later blijkt die belangstelling onverminderd groot; in het laatste studiejaar stroomden in beide masteropleidingen nog nooit zoveel studenten in (zie paragraaf 1.2). Bovendien blijkt uit de interviews die onderdeel uitmaakten van de evaluatie van de subsidieregeling, dat beide beroepen ook voor studenten die nog bezig zijn met het volgen van een hbo-bacheloropleiding een aantrekkelijke optie vormen en in hun carrièreplannen worden meegenomen.

Een van de in 2003 beoogde doelen met de instelling van de subsidieregeling en andere maatregelen, was het opvangen van de noodzakelijke banengroei en vergrijzing van het personeelsbestand. De doelstelling om te voorzien in de benodigde banengroei (die lastig te voorspellen is) lijkt in tegenstelling tot de afgelopen jaren, de komende jaren weer aan belang te winnen. Uit de Werkgeversenquête 2016 in het kader van het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn blijkt dat meer dan veertig procent van de ziekenhuizen tekorten in bepaalde beroepen verwacht, waaronder de verpleegkundige beroepen.[16] En in het integrerend rapport dat jaarlijks in het kader van datzelfde onderzoeksprogramma wordt opgesteld, wordt aangegeven dat in huisartsvoorzieningen steeds meer en hoger opgeleide ondersteuners nodig zijn. Redenen daarvoor zijn de groeiende zorgvraag, die bovendien complexer wordt vanwege demografische ontwikkelingen en transities.[17] Gelet op de stijgende instroom in de opleidingen MANP en MPA, is de regeling inderdaad een geschikt instrument om te voorzien in de verwachte banengroei. Maar de mate waarin dat gebeurt kan niet worden vastgesteld.

Vergrijzing van het personeelsbestand lijkt in de praktijk op dit moment nog nauwelijks een issue. Uit de eerdergenoemde werkgeversenquête blijkt dat in 4,4 procent van de ziekenhuizen en in 0,4 procent van de huisartsvoorzieningen vergrijzing van het personeel een knelpunt is. Daarmee is dat het minst grote knelpunt waarmee beide branches zeggen te maken hebben.

14 FNV. (2016). *Toekomst van ziekenhuiszorg. Onderzoek FNV*. [z.pl]: FNV Zorg & Welzijn.
15 Capaciteitsorgaan. (2016). *Capaciteitsplan 2016. Deelrapport 1.* Utrecht: Capaciteitsorgaan.
16 Jettinghoff, Karin & Cisca Joldersma. (2016). *Werkgeversenquête 2016.* Den Haag: CAOP.
17 Essen, G. van, S. Kramer, F. van der Velde & W. van der Windt. (2015). *Arbeid in Zorg en Welzijn, Jeugdzorg en Kinderopvang 2015. Integrerend rapport.* Den Haag: CAOP.

Tegelijkertijd is er wel sprake van een toename van het aandeel oudere werknemers in beide branches. In de periode 2011 - 2014 steeg het aandeel werknemers van 55 jaar en ouder in de ziekenhuizen van 15 naar 21 procent en in de huisartsvoorzieningen van 13,7 naar 18,3 procent.[18] Uit de onderzoeken onder de alumni van de MANP en MPA blijkt dat de groep alumni die werkzaam is als physician assistant relatief jong is: 74 procent is jonger dan 50 jaar (in 2012 was dat 79 procent).[19] Van de alumni die werkzaam zijn als verpleegkundig specialist is 59 procent jonger dan 50 jaar (in 2012 was dat 66 procent). Door de introductie van beide beroepen draagt de regeling dus bij aan het terugdringen van de vergrijzing, maar dat gebeurt momenteel minder sterk dan een aantal jaren geleden.

Conclusie is dat de subsidieregeling bijdraagt aan het realiseren van de beoogde doelen omdat daarmee de introductie wordt mogelijk gemaakt van nieuwe beroepen in de zorg, die taken van artsen kunnen overnemen. De nieuwe beroepen ontlasten artsen, dragen bij aan het verbeteren en borgen van de kwaliteit van zorg, verminderen de vergrijzing, voorzien in de behoefte aan hoogopgeleide beroepskrachten en zijn aantrekkelijke carrièremogelijkheden voor verpleegkundigen en paramedici.

2.2 Besteding budget

Zoals aangegeven voorziet de subsidieregeling in een bedrag van € 22.500 per jaar per opleidingsplaats. Dit bedrag is in zijn geheel bestemd voor de werkgever bij wie de student de opleiding volgt en dient als tegemoetkoming in de kosten die de werkgever maakt omdat studenten een deel van hun aanstelling besteden aan het volgen van de opleiding, maar wel salaris ontvangen. OCW vergoedt € 7.767 per bekostigde inschrijving. Bij extra inschrijvingen ten opzichte van het aantal inschrijvingen op 1 oktober 2011, ontvangt de hogeschool vanuit de zogenoemde zorgopslag een bedrag van € 14.098 per extra inschrijving.[20]

Bij het bepalen van de hoogte van de subsidie is VWS ervan uitgegaan dat verpleegkundig specialisten en physician assistants tijdens hun opleiding ook productie leveren en dus geld voor hun werkgever verdienen. De subsidieverstrekker gaat ervan uit dat daarmee zo'n vijftig procent van de kosten wordt gedekt. Volgens de geïnterviewde respondenten wordt inderdaad zo'n veertig tot vijftig procent van de kosten gedekt door de subsidie. In brochures voor instellingen in de gezondheidszorg over de masteropleidingen MANP en MPA worden iets lagere percentages genoemd. Voor de verpleegkundig specialist in opleiding wordt uitgegaan van een werkweek die voor 36 tot 38 procent bestaat uit patiëntenzorg en voor een physician assistant uit 33 tot 36 procent (zie overzicht 3).

18 Ibidem.
19 Francisca van der Velde, Francisca & Martien Wierenga. (2016). *Alumni van de masteropleiding Physician Assistant.* Utrecht Kiwa Carity.
Francisca van der Velde, Francisca & Martien Wierenga. (2016). *Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialis*. Utrecht Kiwa Carity.
20 Informatie op verzoek aangeleverd door OCW.

Overzicht 3 – Standaard werkweek van een verpleegkundig specialist (VS) en physician assistant (PA) in opleiding

Activiteiten	Tijdsbesteding VS (uren)	Tijdsbesteding PA (uren)
Theoretisch onderwijs volgen	8	
Opdrachten maken en zelfstudie in de praktijk	6 - 8	
Binnenschools deel, stages en praktijkopdrachten		20
Patiëntenzorg	16 - 18	16
Zelfstudie thuis	14	
Zelfstudie		8 - 12
Totaal	44 - 48	44 - 48

Bronnen: Informatiebrochures voor instellingen in de gezondheidszorg. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

In de eerste evaluatie is erop gewezen dat volgens de respondenten een student zeker het eerste jaar niet zoveel productieve uren maakt (en dan niet de investering van de werkgever dekt) en dat het wat de kosten betreft ook uitmaakt waar een student de opleiding volgt. Aangegeven werd dat het voor een huisarts veel lastiger is om een opleidingsplaats te realiseren dan voor een ziekenhuis of maatschap, omdat voor een huisarts de investering in een opleidingsplaats van een geheel andere orde is dan voor een ziekenhuis. Het gaat hierbij om zaken als de kleinschaligheid van de organisatie en de relatief grote tijdsinvestering die gemoeid is met de begeleiding. Zoals eerder aangegeven bedraagt de vergoeding vanuit de subsidieregeling voor het opleiden van een verpleegkundig specialist of physician assistant € 22.500 per jaar. Uit enkele voorbeelden van de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants in een huisartsvoorziening, blijkt dat inclusief werkgeverslasten en exclusief praktijk- en overheadkosten de kosten voor een verpleegkundig specialist € 48.524 en voor een physician assistant € 56.508 bedragen.[21] Bovendien pakken bepaalde zorgopleidingen voor de werkgever financieel veel gunstiger uit, zo werd gesteld. Dat geldt met name voor de opleiding van huisartsen. De opleidingsvergoeding voor de huisarts in opleiding bedraagt € 88.100 per jaar; dat is bijna vier keer zoveel als de vergoeding voor het opleiden van een verpleegkundig specialist of physician assistant.[22]

Om het tekort aan opleiders en leerwerkplekken in de eerste lijn vanwege financiële belemmeringen aan te pakken, is in 2013 als aanvulling op de bestaande regeling de subsidie 'Versterking Opleiding Verpleegkundig Specialist (VS) en Physician Assistant (PA) huisartsenzorg' ingesteld. In totaal was jaarlijks een bedrag van 800 duizend euro beschikbaar. Huisartsen die een verpleegkundig specialist of physician assistant willen opleiden én structureel inzetten, konden zich aanmelden als leerwerkplek en als zodanig een beroep doen op de subsidie. In totaal zijn met de subsidie 67 leerwerkplekken gecreëerd voor verpleegkundig specialisten en

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

22 https://www.nza.nl/1048076/1048181/Vergoedingsbedragen_vaststelling_beschikbaarheidbijdrage_medische_vervolgopleidingen_2015.pdf, geraadpleegd op 26 oktober 2016.

physician assistants in opleiding. De tijdelijke subsidie is 1 keer verlengd, maar stopt op 1 september 2017. Momenteel wordt gezocht naar een structurele oplossing om meer verpleegkundig specialisten en physician assistants te kunnen opleiden.

Het aantal beschikbare instroomplaatsen wordt jaarlijks in overleg met de hogescholen verdeeld door de Vereniging Hogescholen. Dat gebeurt via de landelijke opleidingsoverleggen MANP en MPA, waarin de hogescholen zijn vertegenwoordigd met een opleiding MANP (9 scholen) en/of MPA (5 scholen).[23] In eerste instantie wordt door de voorzitters van de overleggen onderling een verdeling gemaakt tussen het totale aantal op te leiden verpleegkundig specialisten en physician assistants. Die aantallen worden vervolgens in de opleidingsoverleggen verder verdeeld onder de hogescholen. Dat gaat in goed overleg. Tevens vindt jaarlijks standaard overleg plaats over de verdeling tussen de voorzitters van de landelijke opleidingsoverleggen en de voorzitter van het sectoraal adviescollege voor het hoger gezondheidszorgonderwijs. Elke hogeschool dient vóór 1 november van het nieuwe studiejaar bij VWS een subsidieaanvraag in met het aantal op te leiden studenten. Na afloop van elke opleiding moet vóór 1 juli een door een registeraccountant goedgekeurde verantwoording van de bestede subsidie bij VWS zijn ingediend.

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

Conclusie is dat het volledige bedrag dat vanuit de regeling beschikbaar is, naar de werkgever gaat bij wie verpleegkundig specialisten en physician assistants hun opleiding volgen. Die krijgt daarmee een deel van de kosten vergoed die zijn gemoeid met het opleiden van verpleegkundig specialisten en physician assistants. Het is aan de hogescholen om ervoor te zorgen dat het juiste bedrag op de juiste plaats terechtkomt, maar zij hebben geen zicht op de feitelijke besteding van de subsidie. Voor zover dat met de gehanteerde onderzoeksaanpak (raadpleging van onderzoeksliteratuur en respondenten) kon worden vastgesteld, is op geen enkel moment gebleken dat subsidiebedragen voor andere doeleinden zouden worden aangewend. Het ligt ook niet voor de hand dat daarvan sprake zou zijn, omdat de regeling maar een deel van de kosten van werkgevers vergoedt.

2.3 Risico's

In de evaluatie zijn geen aanwijzingen gevonden dat er risico's zitten aan de wijze waarop de regeling wordt uitgevoerd. Ook in de eerste evaluatie van de regeling is dit vastgesteld, maar is wel gewezen op een aantal punten van zorg. Een aantal daarvan geldt nog steeds.

23 Er zijn vier hogescholen die beide opleidingen aanbieden.

- De afhankelijkheid van het opleiden van beroepskrachten van de subsidieregeling.

Zonder de subsidieregeling zou de groei van het aantal verpleegkundig specialisten en physician assistants nooit zo'n vlucht hebben genomen als de afgelopen jaren is gebeurd. De subsidieregeling heeft voor de introductie van de nieuwe zorgberoepen haar werk gedaan, en doet dat nog. Zonder de subsidie worden er geen verpleegkundig specialisten en physician assistant opgeleid (waarover meer in paragraaf 2.4). Omdat de regeling vroeg of laat afloopt, komt er een moment dat er een andere (structurele) voorziening nodig is om verpleegkundig specialisten en physician assistants te kunnen opleiden. Een dergelijke voorziening ontbreekt vooralsnog. De in 2014 vastgestelde einddatum van de regeling per 1 juli 2017 [24] heeft dan ook in enkele gevallen tot onrust ('*paniek*') geleid bij opleiders.

- De geschiktheid van de regeling voor de eerstelijnszorg.

In paragraaf 2.2 is gewezen op de financiële belemmeringen voor het opleiden van verpleegkundig specialisten en physician assistants in de huisartsenzorg. Die worden veroorzaakt doordat een huisarts een kandidaat van buiten de praktijk moet werven, werkruimte moet vrijmaken, een kandidaat direct in dienst moet nemen en daar vervolgens twee jaar in moet investeren, zowel wat betreft tijd als geld. In 2013 is daarom een aanvullende subsidie beschikbaar gesteld voor het opleiden van verpleegkundig specialisten en physician assistants. Deze subsidie stopt per 1 september 2017. Het ontbreken van een voorziening naast of in plaats van de reguliere subsidieregeling, die het voor huisartsen gemakkelijker maakt verpleegkundig specialisten en physician assistants op te leiden, betekent mogelijk een terugkeer naar de oude situatie: te weinig opleiders en leerwerkplekken in de eerste lijn. Het is goed denkbaar dat daardoor de groei van het aantal verpleegkundig specialisten en physician assistants in de eerstelijnszorg wordt afgeremd.[25]

- De administratieve belasting van de regeling voor de hogeschool.

Zoals aangegeven wordt de subsidie voor de werkgevers verstrekt via de hogescholen. Dat gebeurt op basis van declaraties door de werkgever bij de hogeschool. In de loop van de jaren is gebleken dat het de nodige inspanningen vraagt om te zorgen dat elke werkgever (tijdig) het juiste bedrag declareert. Ook de kosten van de accountant die de aanvragen controleert, komen voor rekening van de hogeschool. Daar staat geen vergoeding vanuit de regeling tegenover. In de eerste evaluatie is aangegeven dat hogescholen de administratieve uitvoering van de regeling als belastend ervaren. Dat is nog steeds het geval, vindt het merendeel van de opleidingscoördinatoren. Daarbij wordt echter niet alleen gewezen op het overmaken van de subsidie naar de werkgever en de controle daarop door een accountant, zaken die met de regeling op zichzelf te maken hebben (en volgens een van de opleidingscoördinator steeds strenger worden). Ook activiteiten als het bijhouden van financiële overzichten, toetsen van inschrijvingen en het opstellen van diverse contracten vragen veel tijd van de hogescholen. Dergelijke zaken hebben echter niet met de regeling als zodanig te maken, maar zijn inherent aan het aanbieden van een opleiding.

24 Zo'n datum ontbrak in de regeling en is uitsluitend toegevoegd in het kader van een eenvoudiger uitvoering en beheer van subsidies.

25 Tussen 2012 en 2016 is zowel het aantal verpleegkundig specialisten als het aantal physician assistants dat werkt in een huisartsvoorziening meer dan verdubbeld. Bronnen:
- beide alumni-onderzoeken die genoemd worden in voetnoot 19;
- Velde, F. van der & W. van der Wind. (2013). *Alumni van de masteropleiding Advanced Nursing Practice*. Utrecht: KIWA Prismant.

Conclusie is dat er geen risico’s zijn aan de wijze waarop de regeling wordt uitgevoerd.

2.4 Voorzetting regeling

Het Capaciteitsorgaaan constateert in het Capaciteitsplan 2013 dat de meerwaarde van taakherschikking in brede kring wordt onderschreven.[26] Dat geldt ook voor de subsidieregeling die het opleiden van de daarbij betrokken beroepsgroepen mogelijk maakt. De respondenten zijn vrijwel unaniem in hun opvatting dat de subsidieregeling moet worden voortgezet, omdat zonder de regeling geen of nog nauwelijks verpleegkundig specialisten en physician assistants zullen worden opgeleid. Dat is zeker het geval als de opleidingen voor de arts in opleiding tot specialist en huisarts in opleiding wél worden gesubsidieerd. Maar behalve dat de instroom in de opleidingen sterk zal teruglopen, wat alle respondenten verwachten, stagneert ook de verdere implementatie van taakherschikking. De regeling is immers niet alleen een instrument om de opleiding van verpleegkundig specialisten en physician assistants maar ook structurele taakherschikking te bevorderen. Juist in branches met weinig financiële mogelijkheden om verpleegkundig specialisten en physician assistants op te leiden, zal het proces van taakherschikking zonder de regeling waarschijnlijk nauwelijks in- of doorgang vinden. Voorbeelden daarvan zijn de al eerdergenoemde huisartsenzorg, maar ook de jeugdzorg, verpleeghuiszorg, ouderenzorg en buurtzorg. Zo is in de verpleeghuiszorg de verpleegkundig specialist de beroepskracht bij uitstek die het verschil kan maken waar het gaat om de kwaliteit en continuïteit van zorg.

Voortzetting van de regeling is volgens de respondenten absoluut noodzakelijk. Maar los daarvan is het sowieso onaannemelijk dat zonder de regeling (of een vergelijkbare voorziening) de resultaten die de afgelopen jaren zijn bereikt met het verdelen van taken tussen artsen en andere hoogopgeleide beroepskrachten, ook de komende jaren worden behaald. Taakherschikking komt niet vanzelf tot stand, merkte de IGZ in 2007 al op[27], daar is tijd en energie voor nodig; de subsidieregeling maakt dat mogelijk. Vanuit dat oogpunt is de conclusie dan ook dat de subsidieregeling moet worden voortgezet.

2.5 Slotconclusie

Hoewel er langzamerhand wel meer onderzoeken beschikbaar komen die zicht geven op de effecten van de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants, is het nog niet mogelijk de bijdrage van de subsidieregeling aan het realiseren van de beoogde doelen rechtsreeks uit deze studies af te leiden. Harde bewijzen ontbreken daarvoor. Wel komen er steeds meer aanwijzingen dat de regeling een effectief instrument is om, via het opleiden van zorgprofessionals die taken van artsen kunnen overnemen, te werken aan het terugdringen van knelpunten op de zorgarbeidsmarkt. Die aanwijzingen hebben we in voorgaande paragrafen de revue laten passeren. Evenals bij de eerste evaluatie van de regeling, kunnen we op basis daarvan concluderen dat de ‘Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant’ doeltreffend is. De regeling draagt bij aan het realiseren van de boogde doelen, het beschikbare budget wordt besteed zoals bedoeld en er zitten geen risico’s aan de regeling. Voortzetting van de regeling is volgens betrokkenen zeer gewenst.

26 Capaciteitsorgaan. (2013). *Capaciteitsplan 2013. Deelrapport 1.* Utrecht: Capaciteitsorgaan.
27 Inspectie voor de gezondheidszorg. (2007). *Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg.* Den Haag: IGZ.