

ANT-KANTTEKENINGEN BIJ DE ONDERZOEKSOPDRACHT VAN PANTEIA

Taakdelegatie betekent dat mondzorgverleners anders dan de tandarts (voorbehouden) handelingen verrichten in opdracht en onder eindverantwoordelijkheid van de tandarts. Dit gebeurt momenteel al op grote schaal. Taakherschikking betekent dat die (voorbehouden) handelingen zelfstandig gedaan mogen worden zonder opdracht van een tandarts. Dit vergt momenteel een AMvB en op termijn een aanpassing van de wet BIG.

Als we voor het gemak de twee begrippen even op een hoop gooien is het idee van delegatie, zoals dat leeft bij VWS, ingegeven door het rapport van de commissie Linschoten uit 2006. Basisidee in dat rapport is dat de mondzorg geleverd wordt door het mondzorgteam (bijvoorbeeld tandarts, mondhygiënist, preventie assistent, wellicht tandprotheticus) onder de regie van de tandarts als hoogst opgeleide mondzorgverlener. Relatief "eenvoudige" taken delegeert de tandarts aan de andere teamleden, zelf blijft hij/zij eindverantwoordelijke en concentreert zich op de meer complexe taken. Kernidee was hierbij ook dat een belangrijk deel van de eenvoudige vullingen (de kerntaak "boren") bij de 4-jarig opgeleide mondhygiënist zou terecht komen. Een en ander dus altijd in een praktijkzetting "onder een dak" en met de tandarts als eindverantwoordelijke. En omdat dit boren onder een dak zou geschieden zouden de röntgenfoto's ook automatisch beschikbaar zijn. Berekeningen hoeveel capaciteit op deze wijze kon worden overgeheveld hebben geleid tot schattingen dat beduidend minder tandartsen en aanzienlijk meer mondhygiënist benodigd zouden zijn (momenteel is de verhouding circa 3 tandartsen op 1 mondhygiënist, gedacht werd aan 2 tandartsen op 3 mondhygiënist). Gebaseerd op dit rapport hebben VWS en OCW besloten het aantal opleidingsplaatsen voor tandartsen alvast te verlagen in de hoop dat met "kunstmatige schaarste" dit delegatieproces zou worden bevorderd (afgedwongen).

De delegatie die voorzien werd in dit rapport is in de verste verte niet gerealiseerd. Enerzijds omdat er een enorme toestroom is geweest van buitenlandse tandartsen en anderzijds omdat tandartsen massaal preventieassistenten zijn gaan inzetten. Omdat de delegatie niet van de grond gekomen is leeft nu bij VWS het idee dat het proces is geblokkeerd door gebrek aan medewerking vanuit de tandartsen en dat om die reden bepaalde voorbehouden handelingen moeten worden vrijgegeven en dat daarmee de doelstellingen van het rapport alsnog kunnen worden gerealiseerd. Tot slot moet worden geconstateerd dat taakherschikking zuiver wordt ingegeven door doelmatigheids-overwegingen. Men verwacht dat de kosten omlaag kunnen, c.q. de stijging beter beteugeld kan worden als lager opgeleide, dus goedkopere krachten kunnen worden ingezet.

Dit alles verklaart mede het nogal explosieve karakter van het dossier en de vaak emotionele discussies over taakherschikking in de mondzorg. Als men daarvan echter weet te abstraheren en kijkt naar de onderliggende feiten en ontwikkelingen dan is het dossier een stuk minder complex dan het op het eerste gezicht lijkt.

Panteia heeft als opdracht om de capaciteit in beeld te brengen en met name om de ontwikkeling van de capaciteitsbehoefte (de komende 10 jaar?) te schetsen. Daarbij moet "taakherschikking" als scenario worden meegenomen. Dat vergt onderzoekstechnisch dat eerst precies bepaald wordt wat onder taakherschikking verstaan wordt en dat de vragen daarop worden afgestemd. Het enige aanknopingspunt is in dat geval de voorliggende AMvB en het gegeven van de 4-jarig opgeleide mondhygiënist. De AMvB beoogt kort gezegd het maken van röntgenfoto's, het leggen van eenvoudige vullingen en anesthesie vrij te geven. Anesthesie speelt in het kader van het capaciteitsonderzoek een meer indirecte rol ter ondersteuning van boren en paro-preventieve behandelingen. Boren en röntgen hebben een veel meer direct effect op het onderzoek. Daarbij komt dat

alleen de 4-jarig opgeleide mondhygiënist hiertoe bevoegd zal zijn, met aanvullende scholing op het gebied van röntgen, om de voorbehouden handelingen geheel zelfstandig te mogen verrichten terwijl er nog aanzienlijke cohorten zijn met een twee- of driejarige opleiding. Tot slot moet rekening gehouden worden met het feit dat circa 75% van de mondhygiënisten werkt in een tandartspraktijk/grotere setting en dat 75% van de mondzorg privaat betaald wordt (waarbij circa 75% van de Nederlanders boven de 17 jaar een aanvullende mondzorgverzekering heeft) en 25% over de basisverzekering loopt. Met name de bekostigings- en financieringskant wijkt zeer sterk af van sectoren waar de laatste jaren ook met taakherschikking wordt geëxperimenteerd (physician assistants etc.). Naast de formele bevoegdheid wordt het inzetten van capaciteit ook sterk gestuurd door financiële overwegingen en mogelijkheden. Zo hanteert de NZa het principe van functionele bekostiging en als tandartsen en mondhygiënisten hetzelfde (hogere) tandartstarief in rekening mogen brengen gaat dat het zorgaanbod en daarmee de inzet van capaciteit sturen. Een zeer groot deel van de discussie hangt overigens nauw samen met deze twee getallen van 75%.

De gevraagde capaciteit kan niet in isolement worden onderzocht. Uitgangspunt is namelijk de omvang van de zorgvraag en in niet mindere mate de inhoud van die zorgvraag. En de zorgvraag is duidelijk een functie van de financiering (betaalbaarheid) en het reguleringskader (prestatiehuis en maximumtarieven van de NZa). De allerbelangrijkste vraag zou in feite moeten zijn in welke mate men de prioriteit gaat leggen bij preventie dan wel curatie. En welke financiële vergoeding de overheid daarvoor toestaat. Preventie vergt in alle waarschijnlijkheid een aanzienlijke uitbreiding van het aantal mondhygiënisten maar met als kanttekening dat een 4-jarige opleiding de functie mogelijk veel te zwaar aanzet. Er zijn momenteel veel stemmen, met name onder tandartsen, die het liefst weer de mondhygiënist "oude stijl" met een kortere opleiding zouden terugzien. Dat zou grote gevolgen voor de capaciteitsinschatting kunnen hebben. Voeg hieraan de technologische ontwikkelingen toe en de tendens tot concentratievorming in de mondzorg (het aantal zelfstandige praktijken is momenteel circa 5500 maar kan in 10 jaar naar 3000 terugzakken) en men heeft een redelijk gecompliceerd scenario te onderzoeken.

ANT denkt dat onderstaande onderzoeksvragen een minimum vormen om tot betrouwbare en representatieve analyses en aanbevelingen te komen.

ALGEMENE ONDERWERPEN EN VRAGEN

- 1) Capaciteitsonderzoek is in eerste instantie een momentopname. Maar om relevant te zijn voor beleidsbepaling is vereist dat enerzijds de ontwikkelingen van de afgelopen 10 jaren in kaart gebracht worden (sinds het verschijnen van het rapport Linschoten in 2006) en dat anderzijds minimaal 10 jaar wordt ge-extrapoléerd. De extrapolatie kan alleen via het maken van een aantal scenario's waarin demografische en technologische ontwikkelingen worden meegenomen, veronderstellingen worden gemaakt over (de)regulering en financiering en de concurrentiedynamiek van de sector wordt meegenomen. Zonder deze dynamische analyse zijn capaciteitsaanbevelingen zonder relevantie en verouderd op het moment dat het rapport verschijnt.
- 2) Daarbij moet rekening worden gehouden met het feit dat aanpassingen op basis van aanbevelingen minimaal 7 jaar vergen (vanwege een studieduur van 4 a 6 jaar plus een jaar inregelen).
- 3) Er zijn in Nederland naar schatting circa 1200 gedifferentieerde tandartsen. Dit aantal en de verdeling over de differentiaties moet nog exact in kaart gebracht

worden. Voorts moet vastgesteld worden welk percentage van hun tijd deze tandartsen aan hun differentiatie besteden.

- 4) Voorts moet uitgezocht worden op de totale populatie van tandartsen hoe taakherschikking de komende 10 a 20 jaar gaat uitwerken op de intenties zich te differentiëren van algemeen practicus naar gedifferentieerd tandarts en welk percentage van hun tijd zij denken te besteden aan de differentiatie. Daarbij moet worden meegenomen hoe deze tandartsen denken zich te organiseren c.q. hoe zij hun praktijk denken te gaan opzetten.
- 5) Capaciteitsonderzoek kan zich niet beperken tot het in beeld brengen van hoeveel zorgverleners zich in een bepaalde categorie bevinden. Per categorie moet ook bekend zijn hoeveel uren gewerkt wordt, aan welke prestaties/handelingen tijd wordt besteed en wat de productiviteit bij die handeling is per categorie van zorgverlener. Bij de categorieën moet men denken aan kaakchirurgen, gedifferentieerde tandartsen, tandartsen-algemeen practici, mondhygiënisten en preventieassistenten.
- 6) Het aantal tandartsen met een in het buitenland behaald diploma neemt nog steeds toe. Deze categorie met name moet in detail onderzocht worden omdat de toestroom van buitenlandse tandartsen gezien wordt als reden waarom taakdelegatie niet voldoende van de grond is gekomen. Om hoeveel tandartsen gaat het precies, in wat voor soort praktijken werken zij, hoe lang blijven ze gemiddeld in Nederland, hoe kijken zij aan tegen de voorgenomen maatregelen in de AMvB etc.
- 7) Voor de capaciteit is voorts van groot belang om verborgen zorgvraag in kaart te brengen. Tot 18 jaar heeft iedereen recht op mondzorg vanuit de basisverzekering. Toch schijnt een fors percentage nooit een mondzorgverlener te bezoeken. Dat percentage behoort teruggebracht te worden naar 0%. De huidige mondzorgcapaciteit wordt al redelijk op volle kracht benut, de extra zorgvraag zal via uitbreiding van de capaciteit moeten worden opgevangen. Welke zorgverleners en hoeveel zijn hier extra nodig.
- 8) Ook veel (kwetsbare) ouderen gaan niet meer naar de tandarts. En de staat van de mondzorg in veel verzorgingstehuizen is onder de maat. Het gaat bij ruwe schattingen om 100.000 ouderen in tehuizen en circa 400.000 zelfstandig wonende ouderen. De overheid maar ook de sector heeft hier een speerpunt van gemaakt. Meer dan bij de jeugd is dit een segment waar ervaren tandartsen moeten worden ingezet. Welke extra capaciteit is hier nodig.
- 9) De concentratievorming in de mondzorg is de laatste 10 jaren op gang gekomen en lijkt zich te gaan versnellen. Ketens hebben veelal een andere bedrijfsvoering en taakverdeling. De verwachting is dat ketens over 10 jaar tussen de 15 a 20% van de markt zullen bedienen. Van een keten is bekend dat zij zijn teruggekomen van taakherschikking zoals de AMvB dat voorstaat (en met name de handeling "boren") omdat het voor hun bedrijfsvoering niet doelmatig is. De invloed van de ketens op de capaciteitsvraag kan niet onderschat worden.
- 10) Er is ongetwijfeld verborgen capaciteit in de mondzorg. Enerzijds kunnen alle werkzame zorgverleners besluiten om meer uren te gaan maken. Dat zal echter voor een belangrijk deel worden ingegeven door kosten- en opbrengsten en dus van de door de NZa vastgestelde tarieven. En voor wat betreft herintreders geldt

dat te lage verdiensten een drempel opwerpen voor herintreding, terwijl hoge verdiensten juist extra capaciteit kan vrijmaken.

- 11) Het vak van mondhygiënist wordt overwegend uitgeoefend door vrouwen. Deze hebben mogelijk een breuk in hun carrière door keuzes in de privésfeer. Voor de capaciteitsstudie is van belang om in kaart te brengen hoeveel gediplomeerde mondhygiënisten (onder de pensioengerechtigde leeftijd) potentieel beschikbaar zijn voor herintreding, voor hoeveel uur ze weer zouden willen gaan werken, of dat als zelfstandige zal zijn of in dienstverband.
- 12) Bij de tandartsen geldt een andere, cruciale ontwikkeling. 60 a 70% van de afgestudeerde tandartsen is vrouwelijk en heeft veel minder de ambitie een eigen praktijk te starten of een volledige werkweek (circa 45 uur) te maken. Zij gaan de komende 10 jaren een beroepsgroep van tandartsen vervangen die veelal nog in solopraktijken werkzaam is en werkweken tot 50 uur maakt. Het onderzoek moet rekening houden met de ontwikkeling in de samenstelling van de beroepsgroep en de intentie van het aantal te werken uren.
- 13) Gezien de leeftijdsopbouw van de tandartsen zal tot 30% van de tandartsen de komende 10 jaren met pensioen gaan. Dit op zich is al een van de grootste invloed factoren op de capaciteitsvraag en moet in detail uitgevraagd worden. Deze generatie kan bovendien overwegen vervroegd met pensioen te gaan. Hoe snel dit zijn beslag krijgt is mede een functie van motivering en werkplezier. Veel tandartsen zien de voorgenomen AMvB als een kwaliteit ondermijnende maatregel die bovendien de transparantie gaat beperken. Samen met de steeds toenemende regeldruk kan dit demotiverend werken en doen besluiten eerder met werken op te houden. Dat zal vervolgens versterkte invloed hebben op de capaciteit gedurende de komende 10 jaren.
- 14) Op dit moment zijn er 2, 3 en 4-jarig opgeleide mondhygiënisten. De 2- en 3-jarige mondhygiënisten zijn niet bekwaam en daarmee niet bevoegd om primaire cariës te behandelen (te boren) tenzij een aanvullende opleiding is gevolgd. Geen van de mondhygiënisten is bekwaam en daarmee bevoegd om volledig zelfstandig röntgenfoto's te indiceren en te interpreteren. Ook hier geldt als minimum vereiste het stralingsdiploma. Het capaciteitsonderzoek moet heel precies in kaart brengen hoeveel werkzame (circa verborgen aanbod) mondhygiënisten een 2, 3 of 4-jarig diploma bezitten en of aanvullende scholing is gevolgd. Voorts moet worden uitgevraagd of de intentie bestaat aanvullende scholing te volgen omdat dit mede de detail-capaciteitsvraag bepaalt (waarbij op dit moment nog niet in kaart gebracht is welke aanvullende opleiding vereist is).
- 15) De Nederlandse mondzorg is momenteel 100% gereguleerd. Er is in die zin weinig marktwerking. In 2012 heeft een experiment plaatsgevonden met vrije tarieven. De NZa heeft, mede als motivering om het experiment te doen starten, aangegeven dat vrije tarieven capaciteit verhogend zullen gaan werken en dat met name "ontwikkel"- regio's hiervan zouden profiteren. Al of niet gereguleerde mondzorg en met name het momenteel toegepaste principe van functionele bekostiging heeft zeer grote invloed op de beschikbare capaciteit en hoe die capaciteit wordt ingezet. De effecten van de beoogde AMvB gaan in hoge mate versterkt worden door het huidige vergoedingensysteem. Die effecten zijn waarschijnlijk uit oogpunt van doelmatigheid ongewenst (zowel VWS als de Zorgverzekeraars zullen binnen een jaar op ingrijpen door de NZa aansturen). De dan te nemen maatregelen gaan dan weer exact de tegenovergestelde effecten

bewerkstelligen. Het rapport zal deze effecten als scenario's moeten gaan meenemen.

- 16) Uitgevraagd moet worden, zowel onder tandartsen als mondhygiënisten, hoe men aankijkt tegen de 4-jarige opgeleide (en borende) mondhygiënist en waar men de grootste capaciteitsbehoefte ziet.
- 17) Een praktisch probleem is voorts de opleidingscapaciteit van universiteiten en hogescholen. Een veelgehoorde klacht is dat er te weinig (universitaire) docenten te vinden zijn maar ook dat er veel te weinig patiënten beschikbaar zijn om de studenten adequaat op te leiden. En dit staat dus los van vereiste financiering van opleidingsplaatsen. Het is dus de vraag of eventuele aanbevelingen van het rapport van Panteia in de praktijk kunnen worden omgezet. De aanbevelingen zouden hiermee rekening moeten houden en mogelijk alternatieve routes indiceren.

BOREN

Een van de kernveronderstellingen van de AMvB taakherschikking is, dat met het vrijgeven van de voorbehouden handeling "behandeling primaire caviteiten", d.w.z. het zelfstandig boren en vullen van primaire cariës, deze handeling op veel grotere schaal zal gaan worden uitgevoerd door mondhygiënisten zodat tandartsen zich kunnen richten op meer complexe handelingen. Dit zou vervolgens grote invloed hebben op de relatieve capaciteitsbehoefte van tandartsen, mondhygiënisten en preventieassistentes. Deze veronderstelling wordt dan ook gezien als rechtvaardiging om niet meer tandartsen op te leiden in Nederland. De correctheid van deze veronderstelling heeft zeer grote invloed op de betrouwbaarheid van de capaciteitsschattingen. Volgende vragen moeten in dit verband beantwoord worden.

- 18) Hoeveel mondhygiënisten boren momenteel en wat is hun volume (in aantal vullingen).
- 19) Hoe is dit bestand verdeeld over zelfstandig gevestigde mondhygiënisten en diegenen die (al of niet als ZZP'er) in een tandartspraktijk werkzaam zijn.
- 20) Wat is de productiviteit van de mondhygiënist bij het boren in vergelijking met die van tandartsen (uitgedrukt in tijd per behandeling).
- 21) Zijn zelfstandige gevestigde mondhygiënisten van plan met deze AMvB veel meer verrichtingen op het gebied van boren op te starten (om welke volumes zou het dan gaan).
- 22) Indien circa 75% van de mondhygiënisten in een tandartspraktijk werkt (percentage moet uit het onderzoek naar voren komen), welk percentage daarvan heeft de intentie om daadwerkelijk ook te gaan boren (indien de praktijk dat toestaat).
- 23) Welk percentage praktijkhouders zal na de AMvB daadwerkelijk toestaan dat mondhygiënisten in hun praktijk gaan boren. Deze vraag moet uitgesplitst worden naar Nederlandse tandartsen en in het buitenland opgeleide tandartsen.
- 24) Hoeveel mondhygiënisten (uit de populatie van 75%) heeft de intentie zich zelfstandig te gaan vestigen als de AMvB van kracht wordt.

- 25) Hoeveel mondhygiënisten (uit de populatie van 75%) overwegen om te gaan werken in dienst van (of als ZZP'er) bij een zelfstandig gevestigde mondzorgpraktijk als de AMvB van kracht wordt.
- 26) Er zijn in Nederland naar schatting 20.000 preventieassistenten werkzaam. Dit aantal moet preciezer worden vastgesteld. Hun taken lopen zeer uiteen, afhankelijk van de organisatie en werkwijze van de praktijk waar zij werken. Dit takenpakket moet in kaart gebracht worden. Een deel van de preventieassistenten namelijk boort en brengt vullingen aan. Het is belangrijk precies te weten om hoeveel assistenten het gaat en welk volume deze gezamenlijk draaien.
- 27) De AMvB zoals deze voorligt maakt taakdelegatie van mondhygiënisten aan preventieassistentes mogelijk. Voor de zelfstandige gevestigde mondhygiëne praktijken moet daarom nagevraagd worden hoeveel taakdelegatie deze van plan zijn toe te passen en om welke volumes het zal gaan. Daarbij moet rekening gehouden worden met het antwoord onder 26).
- 28) Het gehele onderzoek naar het boren van primaire cariës moet voorts betrokken worden op de veronderstellingen over het aantal in de toekomst werkzame tandartsen met een buitenlands diploma. Deze hebben over het algemeen hele strikte opvattingen over taakherschikking en gezien hun omvang daarmee significante invloed op capaciteitsvoorspellingen.
- 29) Tot slot moet onderzocht worden hoe het huidige systeem van functionele bekostiging van invloed zal zijn op de relatieve verdeling van de prestatie "boren primaire cariës".

RÖNTGENDIAGNOSTIEK

Deze diagnostiek is enerzijds ondersteunend voor het behandelproces "boren" maar kan ook daar los van staan en dan met name rond de behandeling van het tandvlees. Om dit in beeld te krijgen kan gedacht worden aan volgende vragen.

- 30) Hoeveel van de huidige zelfstandige mondhygiëne praktijken beschikken momenteel over een röntgenapparaat.
- 31) Zijn de zelfstandige mondhygiëne praktijken die nog geen apparaat hebben van plan zo'n apparaat aan te schaffen.
- 32) Ter ondersteuning van welke behandelingen zal de röntgendiagnostiek met name gaan worden ingezet.

Associatie Nederlandse Tandartsen
Amsterdam, 2 oktober 2017