

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
t.a.v. mevrouw drs. E.I. Schippers, minister van VWS
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Betreft: dringende oproep tot gesprek met beroepsgroep over taakherschikking in de mondzorg
Ons kenmerk: 010616-B-JWVRRmw-VWS
Amsterdam, 1 juni 2016

Geachte mevrouw Schippers,

Namens de 2.500 leden van de Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT) willen wij dringend uw aandacht vragen voor de taakherschikking in de mondzorg, die momenteel in alle stilte ambtelijk op uw ministerie wordt voorbereid.

Deze ambtelijke voorbereiding vindt plaats zonder consultatie van de betrokken behandelaren en zonder draagvlak in het veld. Naar onze mening is de taakherschikking een stille stelselwijziging die geen enkel recht doet aan de goedlopende bestaande praktijk in de Nederlandse mondzorg.

In de door uw ambtenaren voorbereide taakherschikking in de mondzorg voorzien wij als beroepsgroep fundamentele bezwaren met verstrekkende gevolgen voor de tandheelkundige zorg en de patiëntveiligheid.

Uitvoering van uw voornemen zorgt nu al voor onrust in de sector en zal de patiënt in verwarring brengen. Taakherschikking in de mondzorg is contraproductief voor uw beleid dat juist de preventie benadrukt en de curatie wil terugdringen.

Gesprek met u

De ANT wil graag op de kortst mogelijke termijn de noodzakelijke, inhoudelijke discussie met u aangaan - en zo nodig met uw bij dit dossier betrokken ambtenaren - om deze niet-verantwoorde, stille stelselwijziging te bespreken en te komen tot maatregelen in de mondzorg die wel op positieve wijze een beoogde beleidswijziging kunnen steunen.

Experimenteren met de mondzorg: niet weer!

U heeft, en passant, medegedeeld in het bestuurlijk overleg met brancheorganisaties in de mondzorg op uw ministerie (23 mei 2016), het voornemen om bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB), de Wet BIG aan te passen. Als gevolg hiervan krijgen mondhygiënist formeel de bevoegdheid om zelfstandig, zonder opdracht van een tandarts, handelingen te verrichten op het gebied van verdoving, het boren van primaire cariës en mogelijk het indiceren en diagnosticeren van röntgenfoto's. De ANT beschouwt deze voorgenomen maatregelen als een **stille stelselwijziging en de start van (weer) een nieuw experiment in de mondzorg** met verstrekkende consequenties.

ACHTERGRONDEN

A. Taakdelegatie versus taakherschikking

In de Nederlandse mondzorg is sprake van een ver doorgevoerde taakdelegatie waartoe de Wet BIG de mogelijkheden heeft aangedragen. Tandartsen, mondhygiënisten, preventie-assistenten en algemeen-assistenten werken vaak al nauw als team binnen een praktijk samen om optimale, efficiënte en betaalbare zorg te leveren.

De ANT onderkent het potentieel van (verdere) taakdelegatie en steunt deze ontwikkeling op uitdrukkelijke voorwaarde dat deze samenwerking stapsgewijs tijd gegund moet worden.

Een hele generatie tandartsen, gewend aan de solo-praktijk, zal de komende jaren met pensioen¹ gaan en een nieuwe generatie tandartsen, opgegroeid met het idee van werken in teamverband, zal hen gaan vervangen.

Niet onvermeld mag blijven dat onze tandartsen de efficiencyvoordelen en kostenbesparingen van de taakdelegatie tot nu toe al grotendeels hebben doorgegeven aan de consument in de vorm van tariefdalings. De consument - en niet de tandarts - is in dat opzicht er beter van geworden.

B. Haperende uitgangspunten uit 2006

Tien jaar geleden heeft de commissie-Linschoten de toenmalige stand van de taakdelegatie in de mondzorg in kaart gebracht en getracht te berekenen tot hoe ver deze delegatie van taken van de tandarts naar lager opgeleide mondzorgverleners zou kunnen worden doorgezet. De conclusie was destijds 62%. Het was in 2006 al duidelijk dat dit cijfer onvoldoende onderbouwd was en mede ingegeven werd door politieke en niet door wetenschappelijke overwegingen.

Niettemin zijn aan dit rapport verregaande conclusies verbonden en heeft uw voorganger op VWS een serie maatregelen genomen in lijn met de aanbevelingen. Te denken valt daarbij aan de verlenging van de studieduur voor tandartsen met een jaar, het terugbrengen van de opleidingscapaciteit voor tandartsen en het constant houden van die capaciteit bij mondhygiënisten.

De afgelopen 10 jaar hebben vooral duidelijk gemaakt dat de aanbevelingen in het rapport deels gebaseerd zijn geweest op onjuiste veronderstellingen. Het is logisch dat de voorspellingen en beloftes van het rapport niet zijn waargemaakt. Echter, het getal van 62% is wel een eigen leven gaan leiden en wordt nog steeds als uitgangspunt genomen voor het beleid van uw ministerie. De AMvB moet de weerbarstige realiteit in het beoogde, niet-realistische keurslijf van de taakherschikking gaan persen.

Het gaat daarbij in feite om het afdwingen van verdere taakdelegatie via formele taakherschikking en het op de schop nemen van zeer fundamentele principes in de gezondheidszorg in zowel Nederland als Europa: de (eind)verantwoordelijkheid binnen de mondzorgsector wordt versnipperd en de grenzen van de zelfstandige bevoegdheid worden verlegd.

¹ In het komende decennium zal 30 procent van de huidige tandartsen met pensioen gaan (bron: staatvandemondzorg.nl)

Met deze maatregelen wordt de deur wagenwijd opengezet voor ontwikkelingen die niet in het belang van de mondzorg en van de Nederlandse consument zijn, zoals stijgende kosten op macroniveau, overbehandeling, nadruk op curatie in plaats van preventie en verwarring bij de patiënt waar transparantie voorop zou moeten staan.

C. Mislukte experimenten in 10 jaar

De afgelopen 10 jaren was een experimentele periode voor wat betreft het capaciteitsbeleid, het creëren van schaarste en de beoogde taakdelegatie. Het experiment is duidelijk mislukt.

Goed onderbouwd overheidsbeleid vereist dat een experiment zorgvuldig geëvalueerd wordt waarbij alle relevante factoren in kaart worden gebracht en waar mogelijk gekwantificeerd. Echter, deze evaluatie ontbreekt volledig en ANT constateert eveneens een gebrek aan ambtelijke en politieke wil om dit experiment transparant en inzichtelijk te maken.

Het (andere) experiment met de vrije tarieven in de mondzorg is door u onder druk van Tweede Kamer en zorgverzekeraars na 6 maanden afgeblazen en het heeft daarmee niet de kans gehad aan te tonen dat de positieve effecten die u destijds voor ogen stonden ook daadwerkelijk gerealiseerd konden worden. Pogingen vanuit de sector om dit experiment alsnog objectief te evalueren zijn helaas gestoten op een muur van onwil en tegenwerking bij uw ministerie.

De Nederlandse mondzorg kent in tien jaar dus twee mislukte experimenten: geen van beide is door uw ministerie grondig onderzocht en geëvalueerd. Beide experimenten hebben wel voor veel onrust en discussie gezorgd.

Geen nieuw experiment meer!

Het aangaan van een derde experiment met het verruimen van zelfstandige bevoegdheden van niet-tandartsen betekent dat – op aanwijzen van u – de mondzorg opnieuw een doodlopende weg wordt opgestuurd waar juist bezinning en terughoudendheid zijn aangewezen. Dit nieuwe experiment zal een reeks ongecontroleerde (neven)effecten gaan genereren waarvan de patiënt nadelige gevolgen gaat ondervinden.

De huidige wet- en regelgeving legt in zijn algemeenheid weinig beperkingen op aan het delegeren van tandartstaken aan mondhygiënist(en) (en assistenten). Het systeem van functionele bekostiging geeft daarbij een extra financiële prikkel aan tandartsen. Ook het aangepaste curriculum van de opleiding tot mondhygiënist zou een stimulans moeten zijn.

Waarom heeft dan toch het ingezette beleid geen vruchten afgeworpen? Kan het zijn dat mondhygiënist(en) een passie hebben voor preventie en helemaal niet willen boren en tevreden zijn met hun dienstverband bij de tandartspraktijken? Kan het zijn dat patiënten liever een tandarts als eerste aanspreekpunt hebben hoe tevreden ze ook zijn over hun mondhygiënist?

Geen draagvlak

Verreweg de meeste mondhygiënisten werken in teamverband bij een tandartspraktijk en zijn tevreden met de inhoud van hun werkzaamheden. Slechts een kleine groep zelfstandig gevestigde mondhygiënisten² is voorstander van taakherschikking, waarmee het brede draagvlak dus ontbreekt.

Afgedwongen schaarste

De maatregelen op basis van het rapport-Linschoten uit 2006 moesten taakdelegatie "afdwingen" door het creëren van schaarste aan tandartsen. De mondzorg is echter al lang geen gesloten systeem meer en er bestaan belangrijke "lekken" tussen Nederland en de Europese Unie. Er is al 10 jaar een massale instroom van buitenlandse tandartsen c.q. tandartsen met een buitenlands diploma. Anders gezegd, het gaat om de helft van de nieuwe BIG-inschrijvingen.

Alles bij elkaar genomen maakt dit de Nederlandse mondzorg kwetsbaar en onevenwichtig zonder iets positiefs bij te dragen aan taakdelegatie.

Geen verlaging van zorgkosten

De mondzorg is de meest kapitaalintensieve sector in de eerstelijnszorg en ook een zelfstandig borende mondhygiënist zal investeringen moeten doen en ondersteunend personeel moeten inhuren. Gaan we daarbij van lagere productiviteit uit, extra onderzoeken en aanzienlijke kosten als de patiënt moet worden doorverwezen, dan wordt het aannemelijk dat de macrokosten van de mondzorg eerder zullen stijgen dan dalen.

De stellingname van NVM-mondhygiënisten (bij brief aan u gericht in 2014) dat geforceerde taakdelegatie (d.i. de taakherschikking) doelmatig zou zijn en de zorgkosten gaat verlagen hebben uw ambtenaren niet gestaafd door feiten.

Toegankelijkheid in gevaar

Het experiment met de vrije prijzen had mede tot doel de verborgen capaciteit in de mondzorg vrij te maken en de zorg beter over Nederland te spreiden. Te veel capaciteit gaat momenteel verloren door het werken in deeltijd en de geografische concentratie rond de opleidingssteden.

Niet de betaalbaarheid van de mondzorg is het toekomstige (beleids-)probleem, maar de toegankelijkheid van de zorg.

Contraproductief beleid

In 2006 hebben uw voorganger en de Tweede Kamer zich door het getal van 62% op het verkeerde been laten zetten en hebben zij ingezet op maximale taakdelegatie in plaats van optimale delegatie. Om deze maximale delegatie te stimuleren zijn maatregelen genomen (opleidingscapaciteit) die zeer contraproductief zijn geweest, onder andere door de massale instroom van (buitenlandse) tandartsen in de afgelopen jaren.

² NVM-mondhygiënisten vertegenwoordigt ca. twee-derde van de beroepsgroep en is daarmee niet volledig representatief. In dat licht is het belangrijk te constateren dat uit zeer recent onderzoek onder mondhygiënisten is gebleken dat bovendien veel leden niet achter het beleid van het bestuur staan. Dit onderzoek toont ook aan dat veel mondhygiënisten in staat zijn om kritisch te kijken naar de eigen opleiding en de professionele vaardigheden en beperkingen.

Het beleid van VWS is gebaseerd op marktwerking. De huidige mate van delegatie is het rechtstreekse gevolg van deze marktwerking en de ruimte die de wet BIG biedt. De stand van de taakdelegatie is daarmee optimaal binnen het huidige stelsel. Natuurlijke ontwikkelingen zullen de komende 10 jaren taakdelegatie verder stimuleren. Deze ontwikkeling willen forceren door taakherschikking zal opnieuw contraproductief gaan werken.

Gevolgen vrije keuze patiënt

Het marktgeoriënteerde beleid van VWS legt het zwaartepunt bij de vrije keuze van de consument. En dat kan alleen bij transparante zorg en duidelijke informatie en zichtbare kwaliteit. Wij zien na de via de AMvB opgelegde taakherschikking in de mondzorg het volgende scenario:

De mondhygiënist heeft besloten te gaan boren en wijst de patiënt zoals dat behoort op de mogelijke consequenties daarvan: "ik kan niet alles voorzien en er kan iets misgaan zoals een acute pijnklacht bij het aanboren van de zenuw. In dat geval zal ik de vulling tijdelijk dicht moeten maken en u doorverwijzen naar een tandarts. Zelf zijn we niet aangesloten bij een weekeinde-dienst, dus u moet maar kijken waar u terecht kunt. Als het veel pijn doet adviseren wij pijnstillers. De tandarts zal de vulling weer moeten verwijderen, het gat groter maken en de wortelkanaalbehandeling starten. Dit alles kan voorkomen worden als u nu rechtstreeks naar de tandarts gaat. Ook kan het zijn dat de tandarts weer een foto maakt. De kosten van de tandarts komen bovenop mijn tarief, dus u betaalt in feite twee keer. Gaat u hiermee akkoord? "

Vragen

Willen wij dit werkelijk als toekomstscenario van de Nederlandse mondzorg? Willen wij de patiënt in verwarring gaan brengen? Willen wij mondzorg die (inter-)nationaal een zeer goede reputatie heeft, die betaalbaar en toegankelijk is op het hellend vlak leggen?

Wat helpt wel?

ANT is groot voorstander van taakdelegatie en de verdere stimulering van het teamconcept. De huidige wet- en regelgeving legt daaraan geen beperkingen op. Taakdelegatie forceren door deze stille stelselwijziging en dit experiment is niet de weg die wij willen bewandelen.

Wij verzoeken u uitdrukkelijk om als minister van VWS en stelselverantwoordelijke bewindspersoon alleen maatregelen te nemen die de mondzorg in vele facetten verder gaan helpen, zoals:

- 1) *Maak de mondhygiënist zelfstandig bevoegd om infiltratie-verdoving te geven;*
- 2) *Faciliteer initiatieven rond het delen van röntgenfoto's en dossier-overdracht;*
- 3) *Geef gemotiveerde en getalenteerde mondhygiënisten de kans met een verkorte opleiding door te studeren voor tandarts (om het toekomstige tekort door pensionering op te vangen);*
- 4) *Zie toe op de kwaliteit van buitenlandse tandartsen (taaltoets, antecedenten), die in Nederland aan het werk willen gaan;*
- 5) *Neem maatregelen voor de evenwichtige opbouw van de Nederlandse mondzorg.*

Wij zijn bereid als beroepsgroep om constructief het gesprek met u aan te gaan, met alternatieven voor het mankerende voorstel dat nu voorligt. Dit gesprek kan wat ons betreft op kortst mogelijke termijn worden ingepland.

Associatie Nederlandse Tandartsen

Associatie Nederlandse Tandartsen

Jan-Willem Vaartjes, voorzitter

Ravin Raktoe, secretaris

Cc

Bas van den Dungen

Hugo van Kasteel

Paul Boom

Bijlagen:

1. Bijlage: uitgewerkt standpunten ANT ten aanzien van de taakherschikking in de mondzorg
2. Concept-Persbericht ANT 'minister Schippers stuurt patiënten met kiespijn de straat op'

Bijlage 1: uitgewerkte standpunten ANT ten aanzien van de taakherschikking in de mondzorg

A. STANDPUNT ANT INZAKE ROL MONDHYGIËNISTEN EN PREVENTIE

ANT is van mening dat de grootste gezondheidswinst op termijn te behalen valt met preventieve mondzorg op korte termijn. Dit is echter een lange termijnvisie die mogelijk in de beginfase tot hogere zorgkosten zal gaan leiden en daarom gezien moet worden als een maatschappelijke investering. Tevens is het niet realistisch te verwachten dat curatieve zorg op korte termijn sterk kan worden teruggedrongen. De kerntaken van de tandarts zullen de komende tientallen jaren blijven bestaan uit curatieve zorg. Preventie en curatie zullen in balans moeten blijven en de opleidingscapaciteit moet permanent aan deze realiteit worden aangepast.

ANT onderschrijft volledig de claim van de NVM (bron: website van NVM-mondhygiënist) dat de mondhygiënist bij uitstek is opgeleid om de preventieve zorg ter hand te nemen. De ANT is van mening dat de mondhygiënist in de gelegenheid moet worden gesteld deze preventieve rol optimaal in te vullen. Taakherschikking die beoogt dat mondhygiënisten zich juist curatief gaan oriënteren zal kostbare capaciteit in de preventieve zorg wegnemen en het ingezette beleid rond preventie ondermijnen. Het vrijgeven van de verrichting "boren" staat dus haaks op de preventieve rol van de mondhygiënist. Immers, als via functionele bekostiging de verrichting "boren" wordt beloond zal dit een financiële prikkel zijn om veeleer curatief te gaan handelen dan preventief. Anderzijds is de ANT van mening dat mondhygiënisten optimaal in staat moeten worden gesteld om zelfstandig preventief te kunnen werken. Daar hoort dan ook het zelfstandig kunnen toedienen van infiltratieverdovingen bij, onontbeerlijk bij tandvleesbehandelingen. Het indiceren en diagnosticeren van röntgenfoto's is daarbij een problematiek op zich. Wij lichten dit nader toe.

B. STANDPUNT ANT INZAKE BOREN

De ANT is er in zijn algemeenheid geen voorstander van dat door niet-tandartsen wordt geboord. Het gaat hier immers om een uiterst ingrijpende en onomkeerbare ingreep. Dit standpunt verandert daarom niet als het gaat om het melkgebit met als argument dat dit gebit maar "tijdelijk" is. Het melkgebit is constituerend voor het definitieve gebit en mag geen "experimenteertuin voor proefboringen" worden. ANT is voorts van mening dat, waar toch van deze hoofdregel wordt afgeweken, een tandarts ter plekke aanwezig moet zijn om, indien nodig, te kunnen ingrijpen. De zelfstandige bevoegdheid zou dus alleen doelmatig en patiëntveilig kunnen worden uitgeoefend als dit op één en dezelfde fysieke locatie gebeurt en dan nog met de juiste protocollen en werkafspraken (het principe van "Mondzorg onder één dak/MOED"). Aangezien de wet BIG de term "onder één dak" niet (er)kent kan dit principe niet worden afgedwongen. Toezicht en handhaving door de IGZ zal in de praktijk onmogelijk zijn.

C. STANDPUNT ANT INZAKE VERDOVEN

De ANT is van mening dat mondhygiënisten primair moeten worden ingezet voor preventieve zorg zowel bij de jeugd als bij volwassenen. Met preventie valt de grootste winst te halen op de langere termijn. Om goede preventieve zorg door mondhygiënisten mogelijk te maken, voornamelijk rond tandvleesbehandeling, is het noodzakelijk dat zij zelfstandig infiltratie-verdovingen moeten kunnen toedienen. ANT zou het dan ook toejuichen als de wet- en regelgeving op dit punt gaat worden aangepast.

D. STANDPUNT ANT INZAKE HET MAKEN VAN RÖNTGENFOTO'S

et meest bezorgd is ANT over het vrijgeven van het indiceren en diagnosticeren van röntgenfoto's. Deze zijn enerzijds onontbeerlijk bij de diagnose van cariës. Anderzijds is elke foto er een teveel. De mondzorg is al de grootste afnemer in Nederland van röntgenfoto's en straling moet tot een noodzakelijk minimum beperkt blijven. Gevolg van het vrijgeven is dat de macro-kosten van de mondzorg zullen gaan stijgen. Mondhygiënist zullen röntgenapparatuur aanschaffen en deze apparaten moeten "te gelde" worden gemaakt, wat opwaartse druk op het volume gaat geven waar juist daling moet worden nagestreefd. Er is immers sprake van een verrichtingentarief en dat stimuleert productie. Dit gaat dus tot overbehandeling leiden en tot hogere stralingsdoses. Bovendien leiden dubbele diagnostische procedures tot meer diagnostische fouten omdat geen enkele diagnostische test (waaronder röntgenfoto's) perfect is. En dit geldt des te meer indien de foto's bij taakherschikking gemaakt worden door mondhygiënist die niet adequaat opgeleid zijn om deze foto's volledig te interpreteren en daarop een brede diagnose en indicatiestelling te baseren. De tandarts heeft een aantal röntgentechnieken ter beschikking zoals de bitewing, de periapicaal, het panorama en de lateraal schedel. Alleen de bitewing valt deels binnen het kennisdomein van de mondhygiënist. Hoe bent u van plan hiertussen een onderscheid aan te brengen en te garanderen dat al deze technieken door de juiste behandelaar worden ingezet? Dit alles heeft gevolgen voor de patiëntveiligheid en is evenmin zinnig en doelmatig te noemen. De ANT is van mening dat elke stimulans om meer apparaten te plaatsen en/of meer foto's te maken juist moet worden weggenomen. Het antwoord moet veeleer zijn dat er wet- en regelgeving komt die erop toeziet dat röntgenfoto's binnen de beroepsgroep worden gedeeld en de patiënt volgen (bijvoorbeeld via een elektronisch patiëntendossier).

Toenemende onevenwichtigheid in de mondzorg

Tot slot willen wij nog op een mogelijke nevenwerking wijzen die gevolgen heeft voor de toegankelijkheid van de zorg. De mondzorg kent een groot aantal verrichtingen met daaraan gekoppeld een maximumtarief. Het individuele tarief is niet onderbouwd met kostprijzen per verrichting maar op zeer globale manier afgeleid uit de gemiddelde praktijkopbrengst en de arbeidskostencomponent. De NZa stuurt voornamelijk vanuit gemiddelden en elke praktijkhouder wordt verondersteld bij de huidige tarieven de arbeidskostencomponent te kunnen overhouden. Sommige tarieven zijn verlieslatend, op andere kan weer gecompenseerd worden. Dit werkt alleen als de praktijkhouder een bepaald evenwicht vindt in het geheel van de mogelijke verrichtingen. Geforceerde taakdelegatie, indien niet bedrijfseconomisch vanuit een praktijk georganiseerd, gaat dit evenwicht verstoren. Te verwachten valt dat een aantal praktijken aan "cherry picking" gaat doen of de diensten gaat afstemmen op een beperkt aantal verrichtingen. Ook is goed denkbaar dat in navolging van Spanje commercieel georiënteerde ketens een verdienmodel gaan ophangen aan eenzijdige dienstverlening. In combinatie met de dreigende schaarste aan tandartsen kan dit de toegankelijkheid van een brede mondzorg in bepaalde delen van Nederland in gevaar brengen.

Amsterdam, mei 2016