



Capaciteitsplan 2009

Advies Mondzorg

voor de (vervolg)opleidingen tot

Tandarts

Mondhygiënist

Orthodontist

Kaakchirurg

Capaciteitsplan 2009

Advies Mondzorg

voor de (vervolg)opleidingen tot

Tandarts

Mondhygiënist

Orthodontist

Kaakchirurg

Statutaire doelstellingen:

- a. Het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van behoefteramingen met betrekking tot de onderscheiden medische en tandheelkundige vervolgopleidingen;
- b. Informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en capaciteit van medische en tandheelkundige opleidingen en vervolgopleidingen;
- c. Het in beeld brengen van de benodigde capaciteit van de initiële geneeskundige opleiding en advisering hierover aan de overheid.

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1. Inleiding	12
1.1 Doelstellingen Capaciteitsorgaan	12
1.2 Twee commissies voor de mondzorg	13
1.3 Verbreding doelgroepen Capaciteitsorgaan	14
1.4 Indeling Capaciteitsplan 2009 Mondzorg	15
2. Probleemstelling en positionering disciplines mondzorg	16
2.1 Inleiding	16
2.2 Probleemstelling aan de hand van rapport Commissie Innovatie Mondzorg	16
2.3 Overzicht disciplines	19
2.4 Verhoudingen tussen disciplines	22
3. Aanbod, vraag en werkproces	23
3.1 Aanbod tandartsen en mondhygiënisten	23
3.1.1 Omvang beroepsgroep tandartsen, leeftijdsopbouw en geslacht	23
3.1.2 Omvang dienstverband	24
3.1.3 Instroom in het vak	25
3.1.4 Uitstroom uit het vak	26
3.1.5 Ontwikkeling aanbod tandartsen	26
3.1.6 Vergelijking met buitenland	30
3.1.7 Omvang beroepsgroep mondhygiënisten, leeftijdsopbouw en geslacht	31
3.1.8 Omvang dienstverband	32
3.1.9 Instroom vanuit de opleiding	33
3.1.10 Uitstroom uit het vak	33
3.1.11 Ontwikkeling aanbod mondhygiënisten	33
3.1.12 Conclusies aanbod tandartsen en mondhygiënisten	34
3.2 Zorgvraag mondzorg	35
3.2.1 Zorgvraag	35
3.2.2 Demografie	35
3.2.3 Epidemiologie	38
3.2.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen	38
3.2.5 Onvervulde vraag	38
3.2.6 Conclusie zorgvraag	39
3.3 Werkproces	39
3.3.1 Efficiency	39
3.3.2 Patiënt- en niet-patiëntgebonden tijd	40
3.3.3 Vakinhoudelijke ontwikkeling/technologie	41
3.3.4 Taakherschikking	42
3.4 Conclusie	42

4. Taakherschikking in de mondzorg	43
4.1 Inleiding	43
4.2 Definiëring taakherschikking	43
4.3 Advies Commissie Innovatie Mondzorg	44
4.4 Onderzoeken taakherschikking	46
4.5 Opleiding mondhygiënisten ‘nieuwe stijl’ en bijscholing ‘oude stijl’.	47
4.6 Trends in tandartspraktijken	49
4.7 Conclusie	50
4.8 Taakherschikking van specialisten naar tandarts?	51
5. Varianten	53
5.1 Inleiding	53
5.2 De beleidsarme basisvariant	53
5.3 Lage en hoge combinatievarianten	56
5.3.1 De lage combinatievariant	56
5.3.2 De hoge combinatievariant	58
5.4 Arbeidstijdvariant	58
5.5 Varianten met inzet van aanverwante disciplines	59
5.6 Conclusie	62
6. Onzekerheden	63
6.1 Inleiding	63
6.2 Beleidsontwikkelingen	63
6.3 Onzekerheden	65
7. Eindafwegingen	68
7.1 Inleiding	68
7.2 Belangrijke varianten	68
7.3 Richtinggevende adviezen	75
Bijlagen	
1 Brief VWS	80
2 Model Capaciteitsorgaan	82
3 Procedure en betrokken experts	83
4 Literatuurlijst	85

Samenvatting

Eerste integrale raming mondzorg

Op verzoek van VWS en OC&W heeft het Capaciteitsorgaan voor het eerst een integrale raming opgesteld voor de mondzorg. Het betreft de volgende vier kerndisciplines: tandarts, mondhygiënisten, kaakchirurgen en orthodontisten. De ramingen van tandartsen en mondhygiënisten zijn nieuw en krijgen de meeste aandacht.

De vier genoemde beroepen zijn wettelijk geregeld en kennen een landelijke sturing op de aantallen die in opleiding gaan. Over de hoogte van de instroom in de opleidingen brengt het Capaciteitsorgaan adviezen uit aan het veld en aan VWS en OC&W. De hoogte van de benodigde instroom wordt afgeleid van de raming van de toekomstige behoefte aan capaciteit van die disciplines.

Het Capaciteitsorgaan is samengesteld uit deskundigen uit het veld van de betreffende beroepsgroepen, opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars.

Een bijzondere complicatie is dat het gaat om vier disciplines die met elkaar verband houden qua taakstellingen, waarin overlappingsen zitten. Dit impliceert een grotere onzekerheid dan bij de gebruikelijke ramingen van het Capaciteitsorgaan.

Huidige aanbod en instroom in de opleidingen

In onderstaande tabel 1 worden de aantallen werkzame personen, samen met de huidige instroom in de opleidingen, getoond.

Tabel 1: aanbod werkzame personen en instroom in de opleidingen begin 2008

	Werkzame personen	Instroom in opleiding
Tandartsen ¹	8.600	240
Mondhygiënisten	2.340	300
Orthodontisten ²	275	9
Kaakchirurgen	200	13

De instroom in de opleiding tot tandarts ligt sinds kort op 240 en die tot mondhygiënist al wat langer op 300. Gelet op de aantallen die werkzaam zijn in beide beroepen is het opmerkelijk dat in de opleiding tot mondhygiënist aanzienlijk meer studenten instromen dan in die tot tandarts. Deze hoogtes zijn geadviseerd in een rapport van 2006 van de Commissie Innovatie Mondzorg.

De opleiding tot mondhygiënist was al in 2002 verlengd van drie naar vier jaar. Met deze verlenging werd beoogd dat de mondhygiënist daarmee vaardigheden zou aanleren voor het behandelen van primaire caviteiten. Het domein zou zo nog wat meer verschuiven naar eenvoudige verrichtingen van de tandarts. De Commissie adviseerde de opleiding tot tandarts te verlengen van vijf naar zes jaar. De tandarts

¹ Inclusief bijna 415 buitenlandse tandartsen

² Inclusief orthodontisten die zich hebben laten uitschrijven uit het specialistenregister, maar nog wel werkzaam zijn.

zou zich zo meer gaan richten op meer complexe patiënten, inclusief de eenvoudige dento-alveolaire chirurgie.

De visie van deze Commissie was dat een grote taakherschikking tot stand gebracht zou kunnen worden tussen de tandarts en de mondhygiënist en mogelijk ook naar de preventieassistent. Het aantal tandartsen zou in de toekomst halveren en zowel het aantal mondhygiënisten als het aantal preventieassistenten zou verdubbelen.

In de opleiding tot orthodontist ligt de instroom al enkele jaren op 9 en bij die tot kaakchirurg is deze recent nog gestegen van 12 naar 13. Beide niveaus zijn gebaseerd op adviezen van het Capaciteitsorgaan, laatstelijk nog in het Capaciteitsplan 2008. Het advies voor de kaakchirurgie week af van het advies van de genoemde Commissie over dit specialisme. Die Commissie voorzag ook nog taakherschikking van de kaakchirurg naar de tandarts. Het Capaciteitsorgaan verwachtte dit voornamelijk niet.

Grote instroom buitenlandse tandartsen

De Commissie Innovatie Mondzorg reikte in 2006 een belangrijk vraagstuk aan. Geconstateerd werd dat bij een blijvende grote instroom van tandartsen met een buitenlands diploma er geen ruimte ontstaat voor taakherschikking. Dit vraagstuk is nog zeer actueel.

“Alles kan, met mitsen en maren”

In opdracht van het Capaciteitsorgaan is onderzoek gedaan naar de taakstellingen van een groot aantal disciplines in de mondzorg. Beschreven is dat er tamelijk vloeiende overgangen zijn tussen de disciplines. Dit is opvallend vergeleken met de meeste andere ramingen van het Capaciteitsorgaan. De welsprekende ondertitel van deze studie luidt: “Alles kan, met mitsen en maren.”

Zo zijn mondhygiënisten weliswaar ‘functioneel zelfstandig’, maar dient voor enkele zogenaamde ‘voorbehouden’ handelingen de tandarts opdracht te geven.

Voor (para)preventieassistenten geldt dat zij eveneens een breed scala aan activiteiten mogen uitvoeren met een zekere zelfstandigheid, maar dat een deel van die handelingen moet plaats vinden onder direct toezicht van de tandarts. Dan is niet zozeer sprake van taakherschikking alswel van taakdelegatie.

Een tweede onderzoek in opdracht van het Capaciteitsorgaan werpt vanuit het perspectief van de patiënt zelf belangrijk licht op de verhoudingen tussen de tandarts en de mondhygiënist. Naarmate de patiënt meer ervaring heeft met de mondhygiënist en naarmate het opleidingsniveau hoger is, waardeert men deze discipline om zijn preventieve benadering. Echter, voor het overgrote deel van de patiënten staat de tandarts nog steeds centraal. Concluderend kan gesteld worden dat de tandarts nog steeds de spil is in de hele keten mondzorg.

Vraag, aanbod en werkproces tandartsen en mondhygiënisten

Vraag, aanbod en werkproces vormen de drie hoofdcompartimenten in het model van het Capaciteitsorgaan. Deze kennen telkens een aantal parameters. De vanuit de historie bekende informatie daarover wordt gebruikt voor voorspellingen van de toekomst van deze variabelen, dan wel er worden zo goed als mogelijk aannames over gedaan. Bekende informatie komt uit onderzoek, uitgevoerd in opdracht van het

Capaciteitsorgaan door externe instituten. Mogelijk toekomstige ontwikkelingen zijn gewogen door de deskundigen in de Werkgroepen Eerstelijns Mondzorg en Tandheelkundig Specialisten, gelijkelijk samengesteld uit de te ramen beroepsgroepen, opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars.

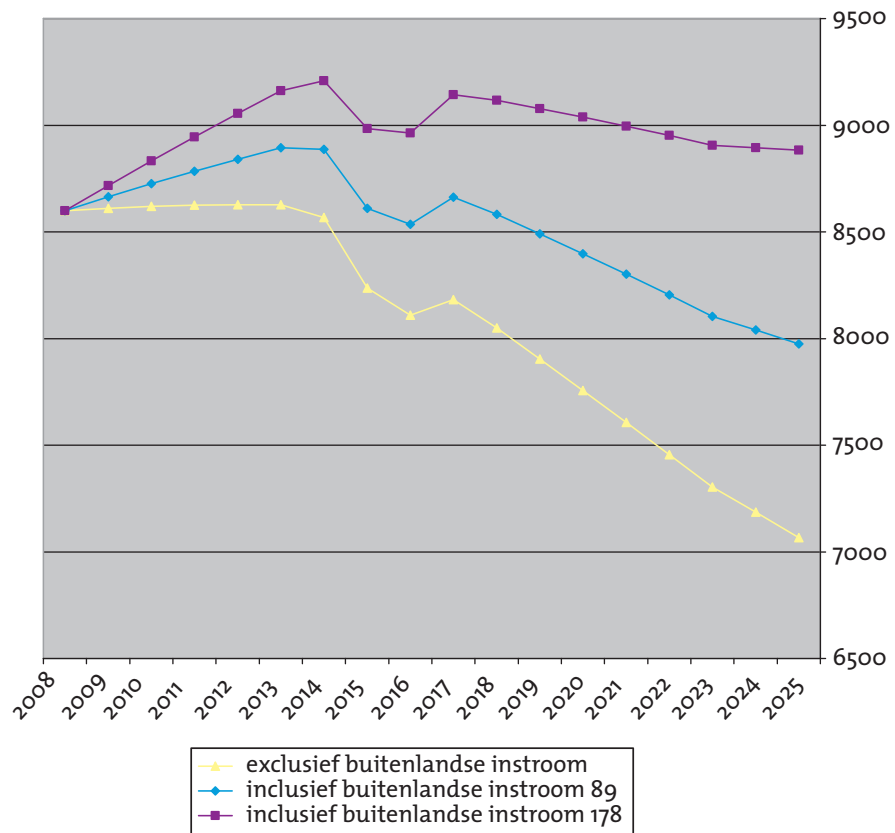
Drie parameters zijn voor de ramingen van de toekomstige tandartsencapaciteit en die van de mondhygiënist het meest van belang. Allereerst betreft dit groei van de vraag op grond van sociaal culturele ontwikkelingen. Het is voorspelbaar dat steeds meer ouderen hun gebit zullen behouden, wat om een intensievere zorg vraagt, in het bijzonder meer parodontologische preventie en behandeling. Voor deze factor wordt in totaal een toename ingeschat van de vraag met 30% in een periode van tien jaar tussen begin 2008 en 2018. Daarvan is 5% toegedacht aan de tandarts en 25% aan de mondhygiënist. Dit laatste is weliswaar hoog, maar nog steeds duidelijk minder dan de toename van het aantal mondhygiënist in de afgelopen tien jaar. Dit is geen taakherschikking in engere zin. Deze vraag zal worden weggevangen door de mondhygiënist.

De tweede factor betreft de arbeidstijd en daarbij de vraag of deze gaat veranderen. Dit is tot nu toe voor tandartsen niet geconstateerd en voor mondhygiënist niet goed bekend. Wel is redelijk betrouwbare informatie beschikbaar hoeveel fte beide disciplines werken. Voor de tandarts ligt dit gemiddeld op 0,89 fte en voor de mondhygiënist op 0,7 fte. Toch is het op diverse gronden aannemelijk geacht dat bovenstaande arbeidstijd van tandartsen en mondhygiënist wat gaat dalen en wel met 2,5% respectievelijk 2%, opnieuw in een periode van tien jaar.

Instroom buitenland jaarlijks gemiddeld 178

De derde factor betreft het aanbod en daarbinnen de hoogte van de instroom vanuit het buitenland. Dit vraagt om bijzondere aandacht. In de tweede helft van dit decennium is die instroom nog wat verder toegenomen. Deze lag in de periode vanaf 2005 op gemiddeld 178 jaarlijks, met nog een uitschieter van ruim 200 in 2008. Zet dit door dan zou men in 2025 beschikken over aanzienlijk meer tandartsen dan de 8.600 van begin 2008. Zonder instroom uit het buitenland daalt het aantal tandartsen vanaf 2014 geleidelijk om in 2025 uit te komen op ruim 7.000. De door de Commissie Innovatie beoogde halvering van het aantal tandartsen in de toekomst doet zich in beide mogelijke ontwikkelingen niet voor. De mogelijke ontwikkelingen worden hieronder in figuur 1 getoond, inclusief een tussenvariant waarin de instroom gesteld wordt op de helft, 89, van het historisch gemiddelde van 178.

Figuur 1: Vergelijking aanbod tandartsen in- en exclusief buitenlandse instroom



Bron: Nivel

Taakherschikking

Onderzoek in opdracht van het Capaciteitsorgaan heeft aangetoond dat taakherschikking is opgetreden tussen de jaren 2004 en 2008, maar dat dit uitsluitend plaats vond van de tandarts naar de preventieassistenten. Dit onderzoek kent beperkingen, maar geeft wel een indicatie dat het proces van taakherschikking richting mondhygiënisten een duidelijk minder hoge vlucht neemt dan de Commissie Innovatie Mondzorg verwachtte, tenzij de instroom van buitenlandse tandartsen hoog zou blijven. Het onderzoek geeft geen verklaring voor de stagnatie van de taakherschikking van de tandarts naar de mondhygiënist.

Alles wegend zijn de deskundigen in de Werkgroep Eerstelijns Mondzorg tot het oordeel gekomen dat 15% van het werk van de tandarts herschikt zal worden en dat daarvan de helft gaat naar de preventieassistent en de andere helft naar de mondhygiënist. Dit laatste is aannemelijk omdat de komende jaren steeds meer mondhygiënisten de vierjarige opleiding zullen afronden. Overigens zal volgens een ander onderzoek in opdracht van het Capaciteitsorgaan ook mogelijk 25% van de zittende mondhygiënisten zich laten bijscholen om primaire caviteiten vanuit een preventieve benadering te kunnen behandelen.

Zowel de Werkgroep Eerstelijns Mondzorg als de Werkgroep Tandheelkundig Specialisten verwachten voornamelijk niet dat er bijzondere verschuivingen zullen gaan optreden van de specialisten naar de tandarts. Hiervoor zijn ook geen nieuwe onderzoeken gedaan. In

de loop van 2010 worden voor deze specialismen nieuwe ramingen voorbereid in het kader van het te verwachten algemene Capaciteitsplan 2010.

Basisvariant

Allereerst wordt in tabel 2 de zogenaamde ‘basisvariant’ getoond voor de tandartsen en mondhygiënisten. Deze variant omvat de factoren demografie van de bevolking, de opbouw van de beroepsgroepen en het wegwerken van een beperkte onvervulde vraag. Wat dit laatste betreft is er momenteel naar het oordeel van het Capaciteitsorgaan nauwelijks een tekort aan beide disciplines vanuit het perspectief van de patiënt.

De term ‘basisvariant’ is niet toevallig gekozen. In deze variant wordt verondersteld dat de tandarts en mondhygiënist op dezelfde manier blijven werken als momenteel. Het is een beleidsarme variant.

Tabel 2: Basisvariant instroom opleidingen

	Evenwicht in 2020	Evenwicht in 2025
Ta zonder buitenlanders	583	500
Ta helft van buitenlanders	389	375
Mondhygiënisten	0	55

Binnen het Capaciteitsorgaan groeit de opvatting dat voor alle ramingen in het vervolg geen rekening gehouden zou moeten worden met instroom vanuit het buitenland. De stelling is dat Nederland zelfvoorzienend zou moeten zijn. In dat geval dient de instroom in de opleiding tot tandarts te liggen tussen 500 tot 583, afhankelijk van het moment dat men evenwicht wil bereiken tussen vraag naar en aanbod van tandartsenzorg. Zou men volstaan met de helft van de jaarlijkse instroom (89), dan ligt de bandbreedte tussen 375 en 389. In alle gevallen is dit aanzienlijk meer dan de huidige 240, dan wel de 300 die men tot en met 2006 liet instromen. Bij eerste oogopslag is het opmerkelijk dat men de opleiding tot mondhygiënist enige tijd kennelijk zou kunnen sluiten voor een evenwicht in 2020, dan wel zou kunnen volstaan met een instroom 55 vanaf 2010 voor evenwicht in 2025. Van belang is echter dat al vanaf ongeveer 2002 de instroom in de opleiding is verhoogd naar 300 en dat dit de door de Commissie Innovatie Mondzorg bepleite grote taakherschikking tot stand moest brengen.

Voorkeursvariant van het Capaciteitsorgaan

Alles wegend verwacht het Capaciteitsorgaan dat een flink aantal ontwikkelingen zich zullen voordoen volgens de conservatieve schatting, met inbegrip van hiervoor genoemde daling van de arbeidstijd en taakherschikking. Dit wordt ook wel de voorkeursvariant genoemd. Vooralsnog wordt dan aangenomen dat die trends spelen in de periode 2008 tot aan 2018 en daarna uitdoven. De dan benodigde instroom is af te lezen uit tabel 3.

Tabel 3: Benodigde instroom in de opleidingen volgens variant taakherschikking met arbeidstijddaling voor twee evenwichts jaren zonder doorzettende trends vanaf 2018

	Evenwicht in 2020	Evenwicht in 2025
TA zonder buitenlanders	508	466
TA met helft buitenlanders	314	341
Mondhygiënist 1:1	467	333
Mondhygiënist 1:1,5	615	416

Bij de opleiding tot mondhygiënist ligt de benodigde instroom nu op tenminste 333, wat meer dan de huidige 300. Het is denkbaar dat bij het overnemen van taken van de tandarts de mondhygiënist vanuit de preventieve invalshoek van dit beroep, uitgebreider te werk gaat dan de tandarts. Als aangenomen wordt dat de behandel tijd in die situatie 50% hoger ligt dan komt een bandbreedte naar voren van 416 tot 615.

Voor de opleiding tot tandarts zou de instroom nu op tenminste 314 liggen, als men mikt op 2020. In dat geval moeten er echter veel meer mondhygiënist opgeleid worden, namelijk 467 of 615. Mikt men voor de tandartsen ook op 2025 dan moeten 341 studenten de opleiding beginnen. In beide gevallen wordt een aanzienlijk hogere instroom gevraagd dan de huidige 240 en ook meer dan de 300 van voorheen. In beide gevallen wordt rekening gehouden met een blijvende instroom van 89 buitenlandse tandartsen. Laat men die geheel buiten beschouwing, dan ligt de bandbreedte tussen 466 en 508.

Onzekerheden

Het voorliggende rapport vermeldt een flink aantal onzekerheden. De belangrijkste zijn ook al onderkend door de Commissie Innovatie Mondzorg. Het gaat dan om vragen met betrekking tot hoogte van de toekomstige instroom uit het buitenland en, al of niet daarmee samenhangend, de mate van taakherschikking.

Voorts zijn er nog andere onzekerheden die meer betrekking hebben op de betrouwbaarheid van de gegevens. Zo is onbekend hoeveel fte die buitenlandse tandartsen werken. Voorts is van belang in welke mate er taakherschikking optreedt bij de eerste cohorten van mondhygiënist die de vierjarige opleiding afgerond hebben.

Naar dit soort vraagstukken zal in de loop van 2010 nader onderzoek worden gedaan. Gegeven die onzekerheden, passend bij een eerste raming, althans wat betreft de tandartsen en mondhygiënist, is besloten tot richtinggevende adviezen in de vorm van bandbreedtes in plaats van puntschattingen.

Richtinggevende adviezen

- Bovenstaande lagere bandbreedtes van 314 tot 466 voor de instroom in de opleiding tot tandarts en van 333 tot 416 voor de instroom in de opleiding tot mondhygiënist vormen eerste indicaties, dat het naar het oordeel van het Capaciteitsorgaan verstandig is de instroom in beide opleidingen te gaan ophogen, zo mogelijk al in 2010, in afwachting van een nader advies.
- Er zijn geen nieuwe redenen naar voren gekomen om te komen tot bijstelling van de adviezen voor de tandheelkundig specialisten. Voor de opleiding tot kaakchirurg blijft het advies om een instroom van 13 te realiseren en voor die tot orthodontist 9.

1. Inleiding

1.1 Doelstellingen Capaciteitsorgaan

Dit rapport biedt de eerste integrale raming van de toekomstige capaciteit van een viertal disciplines in de mondzorg. Het betreft tandartsen, mondhygiënist, orthodontisten en kaakchirurgen. De nadruk in dit rapport ligt bij de eerste twee disciplines.

De laatste twee, beide tandheelkundige specialismen, heeft het Capaciteitsorgaan vanaf de oprichting al geraamd. Deze aanvankelijke scheiding kan begrepen worden tegen de achtergrond van de oorspronkelijk doelstellingen van het Capaciteitsorgaan.

De Stichting Capaciteitsorgaan is met steun van VWS in de eerste helft van 1999 opgericht door een groot aantal veldpartijen. Het bestuur van het Capaciteitsorgaan, het Plenair Orgaan, kent een tripartiete samenstelling: beroepsgroepen, zorgverzekeraars en opleidingsinstellingen, die in principe bestuurlijk paritair vertegenwoordigd kunnen zijn (drie keer acht zetels).

De eerste statutaire doelstelling is voor veld en overheid ramingen op te stellen met betrekking tot de toekomstige behoefte aan medische en tandheelkundige specialisten. Van daaruit wordt afgeleid hoeveel van deze specialisten de komende jaren opgeleid moeten gaan worden. Hierover wordt een advies aan veld en overheid uitgebracht.

Bij de medische specialisten³ gaat het om ruim dertig verschillende vervolgopleidingen, die doorlopen kunnen worden na de opleiding tot (basis)arts. De twee genoemde tandheelkundige specialismen zijn eveneens een vervolgopleiding, beide na de opleiding tot tandarts. De kaakchirurgen kennen een dubbele vooropleiding. Zij volgen ook een opleiding tot arts.

De kaakchirurgen werken in ziekenhuizen en volgen ook daar hun opleiding. De opleiding van beide tandheelkundige specialismen wordt op dezelfde wijze gefinancierd als die tot medisch specialist in ziekenhuizen. Het is om deze reden, dat ook de twee tandheelkundige specialismen van het begin af tot de doelgroepen van het Capaciteitsorgaan gerekend werden.

In het verlengde van bovenstaande is de tweede doelstelling de toekomstige behoefte aan basisartsen te ramen en in dat kader een advies uit te brengen over de benodigde instroom van studenten in de initiële opleiding geneeskunde. Immers, er dienen voldoende basisartsen beschikbaar te zijn om op termijn te kunnen instromen in de vervolgopleidingen.

De raming van de behoefte aan tandartsen voor de tandheelkundige specialismen viel buiten de oorspronkelijke doelstelling van het Capaciteitsorgaan. Er speelden bij

³ Het begrip 'medisch specialist' wordt in dit rapport meestal breed gebruikt. Het betreft dan alle medische beroepen waarvoor een wettelijk erkende vervolgopleiding doorlopen moet worden. Daaronder vallen niet alleen de medische specialist in engere zin, die veelal in ziekenhuizen werken, maar nog een groot aantal andere specialismen, zoals de huisarts en een aantal sociaal geneeskundige specialismen.

de vraag hoe deze beroepsgroep zich zou moeten ontwikkelen enkele complexe vraagstukken, waarover zich twee staatscommissies gebogen hebben in de afgelopen jaren. De adviezen van deze commissies komen in de volgende paragraaf kort aan de orde.

De derde doelstelling van het Capaciteitsorgaan is veldpartijen en overheden informatie te verschaffen. Vanaf de oprichting worden regelmatig Capaciteitplannen opgesteld. Het laatste integrale Capaciteitsplan dateert van februari 2008.⁴ Daarin waren uiteraard ook adviezen opgenomen voor de twee tandheelkundige specialismen. Voor de instroom in de vervolgopleiding tot kaakchirurg is een kleine bijstelling naar boven geadviseerd van 12 naar 13 en voor de instroom in de vervolgopleiding tot orthodontist is aangeraden deze op het bestaande niveau van 9 te handhaven. Kortom naar het oordeel van het Capaciteitsorgaan lagen beide specialismen goed op koers om in de toekomst te zorgen voor voldoende capaciteit.

1.2 Twee commissies voor de mondzorg

Zoals gesteld viel advisering over de initiële opleiding tot tandarts buiten de oorspronkelijke doelstellingen van het Capaciteitsorgaan. Net als in medische kringen groeide eind jaren '90 de ongerustheid of er niet een tekort aan tandartsen bestond of binnen afzienbare tijd zou kunnen ontstaan. Tegen deze achtergrond werd een landelijke commissie ingesteld onder leiding van de heer Lapré, met als titel: Adviesgroep capaciteit mondzorg. Deze Commissie adviseerde in 2000 om binnen de sector mondzorg op grotere schaal het teamconcept en taakherschikking in te voeren.⁵ Geadviseerd werd de instroom in de opleiding tot tandarts uit te breiden van 260 naar 300. Daarnaast werden twee aanbevelingen gedaan met betrekking tot de HBO-opleiding tot mondhygiënist. De eerste was deze te verlengen van drie naar vier jaar. Tevens werd aangegeven de instroom in deze opleiding op te trekken naar 300. Deze adviezen werden door de regering overgenomen. De beide voorstellen voor de opleiding tot mondhygiënist zijn ingevoerd vanaf 2002. De verwachting was dat mondhygiënisten delen van het werk van tandartsen zouden gaan overnemen. In de loop van de tweede helft van 2005 werd door OC&W in overeenstemming met VWS de 'Commissie Innovatie Mondzorg' opgericht onder voorzitterschap van de heer Linschoten. De opdracht was opnieuw naar taakherschikking te kijken. Daaraan werd een ander vraagstuk gekoppeld. Geleidelijk was het inzicht gegroeid dat de opleiding tot tandarts een meer wetenschappelijke achtergrond nodig had en in dat kader een verlenging nodig zou kunnen zijn van vijf naar zes jaar. De Commissie bracht in 2006 een rapport uit met als titel: Advies: Taakherschikking en opleidingen.⁶ Geadviseerd werd de opleiding tot tandarts te verlengen naar zes jaar. Aangeraden werd verder de instroom in de opleiding tot tandarts te laten dalen van 300 naar 240. De al eerder opgehoogde opleiding tot mondhygiënist kon om diverse redenen

⁴ Capaciteitsorgaan, Capaciteitsplan 2008, februari 2008.

⁵ Adviesgroep capaciteit mondzorg, Capaciteit Mondzorg, aanbevelingen voor de korte en lange termijn, augustus 2000.

⁶ IOO, Commissie Innovatie Mondzorg, Advies: Taakherschikking en opleidingen, juni 2006.

voorlopig gehandhaafd worden op 300. Ook deze Commissie verwachtte dat een forse taakherschikking mogelijk was in de hele keten van de mondzorg, inclusief van het specialisme kaakchirurgie naar de tandarts. De orthodontie werd daarbij niet betrokken.

De Commissie Innovatie Mondzorg achtte het verder “wenselijk dat de minister van VWS het Capaciteitsorgaan over twee à drie jaar nog eens goed laat onderzoeken wat de capaciteitsbehoeften zijn” van de vier direct betrokken disciplines.

Deze adviezen zijn door de regering overgenomen. In 2007 daalde de instroom in de opleiding tot tandarts naar 270 en in 2008 naar 240. Verder kwam onlangs een ‘Raamplan’ uit voor de zesjarige opleiding.

In de tweede helft van 2006 heeft de Minister van VWS, mede namens de Minister van OC&W, middels een brief het Capaciteitsorgaan verzocht een plan op te stellen voor een raming van de mondzorg als geheel (zie bijlage 1).

Bij de uitwerking van dit plan is besloten de hoofdaandacht uit te laten gaan naar de tandarts en de mondhygiënist, twee kerndisciplines in de eerstelijns mondzorg.

Anders dan bij andere disciplines in de eerstelijns mondzorg, zoals de tandartsassistent, bestaat op deze twee opleidingen een landelijk centrale sturing van de instroom. Voor beide opleidingen geldt dat jaarlijks een beperkt aantal studenten wordt toegelaten. Voor een integraal Capaciteitsplan Mondzorg is daarnaast ook een (hernieuwde) weging nodig met betrekking tot de tandheelkundige specialismen, waarop ook centrale sturing bestaat van de instroom en wel vanuit het Ministerie van VWS.

1.3 Verbreding doelgroepen Capaciteitsorgaan

Het verzoek van VWS in 2006 om te komen tot een integrale raming van disciplines in de mondzorg sloot aan op al eerder in gang gezette ontwikkelingen binnen het Capaciteitsorgaan. De doelgroepen waren al eerder verbreed en het bestuur is weliswaar tripartiet gebleven, maar de samenstelling is uitgebreid naar andere veldpartijen dan die, die alleen bij (de opleidingen tot) medisch en tandheelkundig specialist betrokken zijn.

Al snel na de oprichting van het Capaciteitsorgaan werd namelijk duidelijk dat medische en tandheelkundige specialismen niet los gezien kunnen worden van aanverwante, niet-medische, disciplines van een vergelijkbaar of lager opleidingsniveau. In de loop van de tijd bleek dat dit des te belangrijker was, als er mogelijk sprake zou kunnen zijn van horizontale of verticale taakherschikking, al dan niet door beleid geïnitieerd. Dit laatste gold bijvoorbeeld voor de zogenaamde ‘nurse practitioner’ (NP) en ‘physician assistant’ (PA). Deze nieuwe beroepen zijn (financieel) gestimuleerd door VWS en OC&W. Verder is eveneens vanaf eind jaren ‘90 de ‘praktijkondersteuner van de huisarts’ (POH) opgekomen.

Het in het jaar 2000 ontworpen en vastgestelde model voor het maken van ramingen bleek voldoende robuust om dit soort verschijnselen te verwerken. Een logische consequentie was niet alleen met bovengenoemde disciplines rekening te houden bij de raming van de medische en tandheelkundige specialismen, maar ook voor deze drie nieuwe disciplines adviezen uit te brengen. Dit kreeg voor het eerst zijn beslag in het Capaciteitsplan 2005. In dat jaar is ook begonnen met het ramen van een drietal

niet-medische disciplines die ook vervolgoopleidingen volgen en voornamelijk in het ziekenhuis werken, de zogenaamde 'klinisch technologische' beroepen (klinische chemie, klinische fysica en ziekenhuisfarmacie).

Bij de voorbereiding van de raming voor de tandartsen en mondhygiënisten was er op grond van bovengenoemde ervaringen vertrouwen dat het algemene model ook bruikbaar zou zijn voor het ramen van tandartsen en mondhygiënisten (voor het model zie bijlage 2).

Voor de structuur onder het Plenair Orgaan is besloten tot de instelling van twee Werkgroepen en daarboven een Kamer Mondzorg om, indien nodig, zorg te dragen voor de integratie van ramingen. De Kamer Mondzorg is niet bijeengekomen omdat beide werkgroepen dezelfde opvattingen bleken te hebben, met name waar het taakherschikking betreft tussen tandheelkundig specialisten en tandartsen. Wat betreft de Werkgroepen, daarbij gaat het om de Werkgroep Eerstelijns Mondzorg (ELM) en de Werkgroep TandHeelkundig Specialisten (THKS) (voor samenstelling Plenair Orgaan, beide Werkgroepen en Bureau zie bijlage 3).

1.4 Indeling Capaciteitsplan 2009 Mondzorg

Na dit inleidende hoofdstuk komt in hoofdstuk 2 de probleemstelling aan de orde en de (onderlinge) positionering van de meest betrokken disciplines in de mondzorg. De probleemstelling wordt uitgewerkt aan de hand van het rapport van de hierboven genoemde Commissie Innovatie Mondzorg. Alle vraagstukken die daarin beschreven staan zijn nog steeds zeer actueel. Daarna worden de voor deze raming belangrijkste disciplines kort getypeerd. Daarbij is aan de orde, hoe deze zich onderling verhouden qua werkzaamheden.

In hoofdstuk 3 worden de belangrijkste kwantitatieve aspecten beschreven, verdeeld over de drie hoofdcompartimenten van het model: vraag, aanbod en werkproces. De twee kerndisciplines in eerstelijns mondzorg staan daarbij centraal.

Hoofdstuk 4 gaat in op het onderwerp taakherschikking in de hele keten van de mondzorg, waarbij ook recente bevindingen besproken worden over taakherschikking van de tandarts naar mondhygiënisten en de zogenaamde (paro-)preventieassistenten. In dit hoofdstuk komt ook de vraag aan de orde of er taakherschikking zal plaats vinden van de twee tandheelkundige specialismen naar de tandarts.

Hierna worden in hoofdstuk 5 de diverse gebruikelijke, en enkele voor de mondzorg specifiek ontwikkelde varianten, gepresenteerd met betrekking tot de hoogte van de benodigde instroom in de opleiding tot tandarts en mondhygiënist.

In hoofdstuk 6, getiteld 'Onzekerheden' komen eerst enkele beleidsontwikkelingen aan de orde. Die mogelijke ontwikkelingen dragen bij aan de onzekerheden. Daarna volgt een overzicht van de belangrijkste onzekerheden met betrekking tot de betrouwbaarheid van de gegevens en de mogelijke ontwikkelingen in de toekomst.

In hoofdstuk 7 volgen de eindafwegingen en worden richtinggevende adviezen aangedragen met betrekking tot de benodigde hoogte van de instroom in de betrokken opleidingen. 'Richtinggevend', omdat de onzekerheden nog te groot zijn om een advies in de vorm van afgeronde getallen te geven. Dit laatste hoofdstuk wordt afgesloten met enkele signalen voor beleidsmakers.

2. Probleemstelling en positionering disciplines mondzorg

2.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is aangegeven dat de regering achtereenvolgens twee Commissies instelde om te adviseren over vraagstellingen in de mondzorg. Het rapport van de laatste Commissie biedt goede aanknopingspunten voor de probleemstelling. Dit vormt het eerste deel van dit hoofdstuk.

Daarna volgt, zoals gebruikelijk bij een nieuwe raming, de positionering van de betreffende beroepsgroep in de eigen context. In dit rapport is dit wat complexer om meer redenen. Allereerst gaat het om twee nieuwe ramingen, namelijk voor tandartsen en mondhygiënisten, naast die van de specialisten. Dat betekent dat ook hun onderlinge verhoudingen besproken worden. Daarnaast zijn enkele andere disciplines werkzaam in de mondzorg, die meer of minder van invloed zijn op de werkzaamheden van de twee genoemde kerndisciplines in de eerstelijns mondzorg. Uit nader onderzoek in opdracht van het Capaciteitsorgaan is gebleken dat er tamelijk vloeiende overgangen zijn tussen de disciplines. Vergeleken met andere ramingen van het Capaciteitsorgaan is dit uniek. Dit maakt deze nieuwe ramingen niet alleen complexer, maar ook de voorspellingen over de benodigde capaciteit in de toekomst onzekerder.

Voor de positionering wordt eerst een kort overzicht geboden van die disciplines, die voor deze raming het meest relevant geacht zijn. Daarbij wordt een korte beschrijving gegeven van hun achtergrond en hoofdactiviteiten met telkens een duiding van de aantallen die werkzaam zijn. Na dit overzicht wordt wat meer ingegaan op de onderlinge verhoudingen tussen de disciplines.

2.2 Probleemstelling aan de hand van rapport Commissie Innovatie Mondzorg

De Commissie Innovatie Mondzorg schetste in 2006 een duidelijk toekomstbeeld. Daarin werd de mondhygiënist een aanzienlijk deel van de zorg voor de ongecompliceerde patiënten toebedeeld, en zou de tandarts zich meer richten op gecompliceerde patiënten en zo ook werk uit handen nemen van de kaakchirurg. In het verlengde van die visie werden adviezen uitgebracht met betrekking tot de hoogte van de instroom in de opleidingen.

Voor de tandartsen was gesteld dat de instroom kon afnemen van 300 naar 240. Men zou daarnaast dan een ophoging verwacht hebben bij de opleiding tot mondhygiënist. Deze werd echter gehandhaafd op 300. In dat kader zijn enkele passages uit het rapport van belang, die licht laten schijnen op enkele afwegingen die meespeelden bij deze adviezen.

Allereerst signaleerde de Commissie een belangrijk vraagstuk: “De laatste jaren is het aantal tandartsen met een buitenlands diploma dat in Nederland wil gaan werken sterk toegenomen.”

De Commissie ging uit van afgerond 8.000 tandartsen in 2005. Daarin waren tandartsen vanuit het buitenland niet opgenomen. Dit gold ook voor een voorspelling van de ontwikkeling van het aantal tandartsen naar de toekomst. Bij handhaving van

een instroom van 300 studenten in de opleiding tot tandarts voorspelde de Commissie dat het aantal tandartsen richting 2011 maar weinig af zou nemen, maar daarna gestaag zou dalen naar een kleine 6.000 rond 2025.⁷ De Commissie beoogde ook die daling. Voor de verre toekomst werden 4.000 tot 6.000 tandartsen voorzien en tegelijk een stijging van het aantal mondhygiënisten en (paro)preventieassistenten in vergelijkbare mate.

Gemeld wordt dat het de vraag is of deze ontwikkeling doorzet. Het rapport gaf aan dat er in 2005 ook nog ruim 500 buitenlandse tandartsen waren. Het totaal voor begin 2005 komt zo op ongeveer 8.500 voor het jaar 2005. Gegeven enkele aannames over de toekomstige instroom uit het buitenland⁸ voorspelde de Commissie Innovatie Mondzorg dat het aantal tandartsen met inbegrip van de buitenlandse eerst gedurende een aantal jaren zou toenemen naar bijna 9.500 om daarna richting 2025 te dalen naar ruim 8.600. De Commissie constateerde dat, als er een grote instroom uit het buitenland blijft en de instroom op 300 gehandhaafd wordt, er “geen “ruimte” voor taakherschikking” komt. Het onderwerp buitenlandse tandartsen zal ook in de voorliggende raming uitgebreid aan de orde komen. In het laatste hoofdstuk wordt het één van de twee dilemma’s genoemd bij de eindafwegingen.

Die relatief grote instroom uit het buitenland zal meegespeeld hebben bij de afweging om de instroom in de opleiding te laten dalen van 300 naar 240. Maar er speelde nog een tweede afweging mee: de verlenging van de opleiding van vijf naar zes jaar. Het rapport van de Commissie Innovatie Mondzorg gaf aan dat de keuze voor 240 “voorzichtigheidshalve” werd genomen. Het aantal van 240 was namelijk een middenvariant tussen twee andere opties, namelijk handhaving op 300 of een daling naar 180. De variant 240 kwam goed uit in een financiële wegging die de Commissie gemaakt heeft. In de paragraaf over de “Financiële gevolgen van taakherschikking” wordt gesteld: “De stijging van de kosten van de nieuwe opleiding tot mondarts (+€27.200) wordt méér dan goed gemaakt door de daling van het aantal studenten in opleiding (240 - 300 = - 60).” Daarmee werd een budgettair neutraal advies afgegeven. Het Capaciteitsorgaan laat vanaf de oprichting financiële overwegingen buiten beschouwing.

Belangrijk is ook de afweging en bijpassende motivering van de instroom van 300 in de opleiding tot mondhygiënist. De eindformulering van deze keuze luidde als volgt: “Voorlopig adviseert de Commissie om de instroom van toekomstige mondzorgkundigen (mondhygiënist) te fixeren op 300. Pas zeer recent melden zich voldoende studenten aan voor de beschikbare plaatsen zodat er op dit moment geen zekerheid bestaat dat de numerus fixus structureel volledig benut wordt.”

Later in deze raming komt aan de orde hoe de aanmeldingen zich inmiddels hebben ontwikkeld.

De Commissie Innovatie Mondzorg gaf vervolgens aan dat nog twee andere aspecten van belang waren. “Tot een eventuele verhoging van de instroom in de opleidingen mondzorgkunde kan geleidelijk worden besloten, afhankelijk van de ontwikkelingen

⁷ Wordt volgens de Commissie gerekend met een instroom in de opleiding tot tandarts van 240 i.p.v. 300 dan daalt het aantal tandartsen naar ruim 5.000.

⁸ Een instroom van 200 tot 2011 en daarna 100 uit het buitenland.

op de arbeidsmarkt en de mate waarin de huidige mondhygiënist zich laten bij- en nascholen tot bachelorniveau.” Ook op deze beide kwesties wordt in deze raming teruggekomen.

Tot slot sprak de Commissie Innovatie Mondzorg de verwachting uit dat de tandarts in de verlengde en vernieuwde opleiding aanzienlijk uitgebreider onderwezen zou worden in de dento-alveolaire chirurgie (kleine kaakchirurgie). De Commissie stelde zelf dat er “geen goede kwantitatieve gegevens voorhanden zijn om de omvang van de taakherschikking tussen de kaakchirurg en de mondarts met enige mate van plausibiliteit te ramen”.

Toch werd in een volgende alinea een raming aangedragen: “De Commissie gaat er voorzichtigheidshalve van uit dat het aantal kaakchirurgen met 20-25% kan verminderen omdat de mondartsen een deel van de verrichtingen, die nu poliklinisch plaats vinden, gaan overnemen.”

Deze uitspraak leidde tot de projectie naar de toekomst dat het aantal kaakchirurgen zou kunnen afnemen van 200 naar 150-160.

Dit advies is niet direct overgenomen door het Ministerie van VWS, dat over de vervolgoopleidingen gaat. In het Capaciteitsplan 2005 was nog geadviseerd de instroom in de opleiding tot kaakchirurg op te hogen van 11 naar 15. Dit advies bleef gevolgd worden, ook al zou die hoogte niet onmiddellijk gehaald worden.⁹ Bij het daarop volgende Capaciteitsplan 2008 had het Capaciteitsorgaan inmiddels kennis genomen van het rapport van de Commissie. In navolging van eerdere Capaciteitsplannen voorzag het Capaciteitsorgaan voor de kaakchirurgie nog steeds enerzijds een groeiende vraag en anderzijds, mede op grond van enig onderzoeksmateriaal, vooralsnog geen echte taakherschikking tot stand komen tussen de kaakchirurg en de tandarts. Wel werd toen voorzien dat de vraag wat minder zou groeien dan voorheen, met name op het terrein van de implantaten, waarin toenemend ook tandartsen zich bekwamen. Dit was de belangrijkste reden dat het advies in 2009 naar beneden werd bijgesteld van 15 naar 13.

Ook op dit onderdeel van mogelijke taakherschikking in de hele keten van de mondzorg wordt terug gekomen in het hoofdstuk taakherschikking.

Samenvattend worden de belangrijkste vraagstukken hieronder opgesomd zoals deze ook al zichtbaar waren bij de rapportage van de Commissie Innovatie Mondzorg:

- Gaat het aantal tandartsen inderdaad in de loop van 2012 afnemen?
- Hoe heeft de instroom van tandartsen uit het buitenland zich ontwikkeld sinds 2006?
- Wat is de invloed daarvan op het aantal werkzame tandartsen de komende tien jaar?
- Wat is inmiddels bekend over taakherschikking in de hele keten van de mondzorg?
- Hoe heeft het aantal aanmeldingen voor de opleiding tot mondhygiënist zich ontwikkeld?
- Wat is inmiddels bekend over de arbeidsmarkt van mondhygiënist?

Daarnaast is een nieuw vraagstuk naar voren gekomen:

- Wat is inmiddels het rendement van de opleiding tot mondhygiënist?

⁹ Het kan zijn dat de achterliggende motivatie hiervoor was dat de toenmalige Minister van VWS streefde naar overschotten.

2.3 Overzicht disciplines

In dit overzicht gaat de aandacht vooral uit naar de vier te ramen disciplines. Dit betreft de tandarts en de mondhygiënist in de eerste lijn en de twee soorten specialisten, de orthodontist en de kaakchirurg. Daarnaast worden nog enkele andere disciplines besproken die een rol (kunnen) spelen bij de voorliggende raming. Bij het onderstaande overzicht is voor de beschrijving van de activiteiten gebruik gemaakt van een onderzoek in opdracht van het Capaciteitsorgaan getiteld: 'Toedeling van taken in de mondzorg'.¹⁰ De kwantitatieve gegevens zijn ontleend aan onderzoeken, eveneens in opdracht van het Capaciteitsorgaan van Nivel en Prismant. Allereerst komt een vijftal beroepen aan de orde die een wettelijke basis kennen.

Tandarts

Er zijn ongeveer 8.600 tandartsen werkzaam in Nederland, inclusief ongeveer 400 buitenlandse tandartsen. Zij mogen de tandheelkunde in volle omvang uitoefenen. Zij zijn universitair geschoold. Sinds kort is de duur van de opleiding verlengd van vijf naar zes jaar. Vanaf 2013 zullen de eerste cohorten van deze verlengde en vernieuwde opleiding afstuderen. Overigens was in het verleden de opleiding ook al zes jaar, en heeft het grootste deel van de nu werkzame tandartsen deze zesjarige opleiding gevolgd.

Een klein deel van de tandartsen concentreert zich meer op een specifieke doelgroep, dan wel een aandachtsgebied. Dit worden 'differentiaties' genoemd. Van belang voor dit rapport is dat daarin activiteiten zijn opgenomen die gedeeltelijk overlappen met die van kaakchirurgen. Een voorbeeld hiervan is de tandarts die zich extra richt op implantaten, de implantoloog. Daarnaast heeft een deel van de tandartsen meer aandacht voor orthodontie, zonder dat dit bekend staat als een differentiatie. Wel hebben ze een eigen vereniging.

Mondhygiënist

Er zijn momenteel ongeveer 2.340 mondhygiënisten werkzaam. Zij richten zich vooral op preventie van met name parodontale afwijkingen in de mondzorg. Het beroep heeft zich in Nederland ontwikkeld vanaf het einde van de jaren '60. Het is al langer, sinds 1995, een HBO-opleiding. Deze is in 2002 opgetrokken van drie naar vier jaar. De eerste drie cohorten van de nieuwe en verlengde opleiding zijn inmiddels afgestudeerd en werkzaam. Die verlenging beoogt ondermeer dat zij bekwaam worden in het behandelen van bepaalde vormen van primaire cariës, vanuit een preventieve benadering. Dit maakt een zekere verschuiving mogelijk naar curatieve handelingen die voorheen het exclusieve domein van de tandarts waren. De mondhygiënist is functioneel zelfstandig, ook als het gaat om het geven van injecties voor verdoving en het behandelen van primaire cariës, maar dit geschiedt wel onder regie van de tandarts. Degenen die voordien afgestudeerd zijn kunnen dergelijke vaardigheden leren door middel van nascholing. Op de belangstelling hiervoor wordt in het hoofdstuk 'Taakherschikking' teruggekomen. Ook al heeft men zich extra

¹⁰ J. van den Heuvel, N. Zegelaar-Vertin, Toedeling van taken in de mondzorg, Health Pro Consult, 2009

bekwaamd, er blijven enkele zogenaamde 'voorbehouden handelingen' zoals het maken van foto's en het geven van een injectie voor verdoving. Een tandarts dient daarin een rol te blijven vervullen, zoals het geven van een opdracht.

Mondhygiënist zijn net als tandartsen rechtstreeks toegankelijk, maar het grootste deel van de verrichtingen vindt (nog?) plaats na verwijzing door een tandarts.

Ongeveer tweederde van de mondhygiënisten werkt in dienst van een tandarts.

Daarnaast bestaan ook zelfstandige praktijken van mondhygiënisten, waar de mondhygiënist de ondernemer is dan wel, in wat grotere praktijken, in dienstverband werkt.

Ook bij de mondhygiënisten tekent zich een zekere vorm van differentiatie af. Een voorbeeld hiervan is de kindertandverzorgende.

Orthodontist

Bij dit beroep gaat het om één van de twee erkende specialismen in de mondzorg. Er zijn ongeveer 275 opgeleide orthodontisten werkzaam. Zij houden zich bezig met het reguleren van het gebit. In aansluiting op wijzigingen in de tarieven voor orthodontisten is een flinke groep orthodontisten zich gaan uitschrijven uit het specialistenregister. Dit is opgelopen tot bijna de helft. Daarna keerde een flink aantal weer terug. In het genoemde aantal van 275 zijn deze doorhalingen genegeerd.

Aangenomen mag worden dat zij hun orthodontistische werk nog gewoon doen. Zij werken van oudsher vooral voor jongeren vanaf ongeveer 12 jaar. In toenemende mate laten ook ouderen hun gebit reguleren door een orthodontist.

Kaakchirurg

De kaakchirurgie is het andere specialisme in de mondzorg. Zoals in de inleiding al aangegeven zijn zij niet alleen tot tandarts opgeleid maar ook tot arts. Er zijn ongeveer 200 kaakchirurgen werkzaam in ziekenhuizen in Nederland. Hun werkterrein bevindt zich op het raakvlak van de tandheelkunde en de geneeskunde. Zij doen niet alleen operatieve ingrepen aan de kaak, maar ook in aanliggende lichaamsdelen als de keel (veelal samen met de keel-neus-oor specialist) en het gezicht. De vereniging van kaakchirurgen, de Nederlandse Vereniging van Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie, heeft onlangs het vak breder gedefinieerd door middel van de toevoeging 'aangezichts chirurgie'. Opvallend is dat de kaakchirurgen al decennia lang veel verwijzingen krijgen voor (moeilijke) extracties van (verstands)kiezen, hoewel ook tandartsen hiertoe bevoegd zijn. Een beperkt deel van de tandartsen voert deze verrichting zelf uit.

Tandprotheticus

Voor dit beroep kan men alleen in Utrecht opgeleid worden. Besloten is deze discipline niet te ramen, omdat het vergeleken met de tandartsen en mondhygiënisten om (nog?) een kleine groep van naar schatting 350 werkzame beroepsbeoefenaren in Nederland gaat. Bovendien kent men ook tandtechnici die protheses maken. Dit is een beroep dat niet wettelijk geregeld is, maar tandartsen besteden ook aan deze beroepsgroep werk uit. Of dit uitbesteden verder gaat toenemen zou onderwerp van studie geweest kunnen zijn vanuit het perspectief van de raming van de tandarts.

Dit is bij deze eerste raming buiten beschouwing gelaten. De tandprotheticus richt zich op de behandeling van de geheel of gedeeltelijk tandeloze patiënt door middel van uitneembare prothetische voorzieningen. Zij werken meestal in opdracht van een tandarts of kaakchirurg, namelijk voor een kunstgebit op implantaten, maar zijn ook rechtstreeks toegankelijk voor edentate mensen die een kunstgebit willen. Er zijn allerlei tendensen waar te nemen dat dit vak bezig is te professionaliseren. Anders dan vroeger besteden tandartsen het maken van protheses steeds meer uit, overigens niet alleen aan tandprotheticici. Of er meer tandprotheticici moeten komen is geen onderwerp van studie, zoal inleidend al is gesteld. Het ligt wel in de rede dat hun aantal zal gaan toenemen, omdat het aannemelijk is dat steeds meer mensen (delen van) hun gebit willen behouden en het aantal ouderen nog blijft toenemen.

Naast bovengenoemde disciplines spelen enkele beroepen die geen wettelijke basis hebben ook nog een rol in de mondzorg. De voor deze raming belangrijkste groep vormen de assistenten. Deze zijn als volgt te onderscheiden.

Tandartsassistenten

In feite is dit de grootste groep van in totaal ongeveer 5.600 personen. Zij ondersteunen de tandarts bij een breed scala van verrichtingen. De meesten hebben het werk geleerd in de praktijk of hebben een opleiding gevolgd op MBO-niveau.

Preventieassistenten

De preventieassistenten zijn een opkomende beroepsgroep in de mondzorg. Op basis van onderzoek van het Nivel in opdracht van het Capaciteitsorgaan ligt hun aantal tussen 2.000 en 4.490. Om preventieassistent te worden kunnen tandartsassistenten een cursus volgen van in totaal 10 dagen met praktijkoefeningen tussen de cursusdagen in, waarin ze o.a. leren de patiënt voorlichting te geven ter bevordering van preventie van mondziekten en enkele preventieve handelingen te verrichten, zoals het verwijderen van supragingivaal tandsteen. Dit kunnen zij dan vervolgens zelfstandig uitoefenen op aanwijzing en onder toezicht van de tandarts in dezelfde praktijk.

Paropreventieassistenten

De toevoeging 'paro' verwijst naar de parodontologie, ofwel de leer over ziekten van het tandvlees en de tandkassen. Het gaat nu niet alleen om voorlichting, maar ook om handelingen, met name bij het tandvlees. Na nog een cursus van ongeveer 10 dagen kunnen de preventieassistenten wat meer diepgang geven aan hun activiteiten. Het betreft hier nog maar een gering aantal.

Tandartsassistenten kunnen zich ook (paro)preventieassistenten noemen zonder cursus, als zij in een tandartspraktijk extra vaardigheden opdoen. Zoals al is aangegeven gaat het hier niet om een wettelijk vastgelegde titel. Er bestaat evenmin een vereniging met een eigen register. Het is evident dat de (paro)preventieassistenten zich op het terrein van de mondhygiënisten zijn gaan begeven. Hierop wordt uitvoerig teruggekomen in het hoofdstuk over taakherschikking.

2.4 Verhoudingen tussen disciplines

Zoals in het vorige hoofdstuk al is aangestipt zijn de domeinen van de vier disciplines die in deze integrale raming centraal staan niet helder afgebakend. Tekenend is wat het genoemde onderzoek van Health Pro Consult in de ondertitel stelt: “Alles kan, met mitsen en maren.” Echter, er zijn wel enkele algemene lijnen aan te geven.

Allereerst is uit het onderzoek van het Nivel in opdracht van het Capaciteitsorgaan onder een panel van patiënten duidelijk geworden dat voor de patiënt de tandarts (nog?) in hoge mate centraal staat. Verder is wat de verhouding betreft tussen tandarts en de tandheelkundig specialisten vrijwel altijd een verwijzing nodig. De kaakchirurg werkt in het ziekenhuis en kan goed vergeleken worden met een medisch specialist, die de huisarts als poortwachter kent. Dit is de tandarts voor de kaakchirurg. Ook naar de orthodontist vindt meestal wel een verwijzing plaats. Overigens verwijzen tandartsen ook onderling naar elkaar, bijvoorbeeld voor meer gedifferentieerde verrichtingen. De verwijzing naar de orthodontist kan gaan veranderen door marktwerking, maar dat blijft vooralsnog speculatie. De vereniging van orthodontisten was al vroeg voorstander van vrije marktwerking en vertrouwt erop dat de consument de weg naar hen blijft vinden op grond van hun kwaliteit.¹¹ De mondhygiënist is vrij toegankelijk, maar ontvangt de meeste patiënten nog steeds via een verwijzing van de tandarts. Er zijn aanwijzingen dat een mondhygiënist die werkzaam is binnen een tandartspraktijk een breder pakket aan verrichtingen uitvoert dan de mondhygiënist die buiten de praktijk van een tandarts werkzaam is.¹²

Opmerkelijk is dat de preventieassistent nog weer een breder pakket aan verrichtingen uitvoert, met name ter ondersteuning van de tandarts op het meer curatieve vlak. In dat kader kan men zich afvragen of de term preventieassistent wel een goede aanduiding is. Belangrijk is dat de mondhygiënist onder een aantal condities (de genoemde ‘mitsen en maren’) enkele voorbehouden handelingen mag doen, maar dat daarbij de tandarts ook wettelijk een rol moet blijven spelen. Dit lijkt soepeler tot stand te komen als de mondhygiënist dicht bij de tandarts werkzaam is. Een enkele, grotere praktijk in eigendom van meerdere mondhygiënisten heeft dit opgelost door zelf een tandarts in dienst te nemen.

Tot slot is de (paro)preventieassistent van belang. Juist omdat deze veelal tegelijk in de praktijk van de tandarts werkt als tandartsassistent is delegatie van werkzaamheden vrij eenvoudig. Het is de vraag of schaarste aan mondhygiënisten de enige drijfveer is voor de sterke opkomst van de (paro)preventieassistent. De tandarts kan immers makkelijker flexibel omgaan met de eigen assistent dan met de mondhygiënist met een sterk beroepsprofiel, die bovendien op HBO-niveau is opgeleid. Het profiel van de preventieassistent is onduidelijk. Wel is deze een flexibel in te zetten ondersteuner van de tandarts, zowel op curatief gebied als op preventief gebied.

Conclusie:

De tandarts is de spil in de mondzorg en heeft de sterkste positie om veranderingen in domeinen te beïnvloeden.

¹¹ NMT, Orthodontie, sociaal en op maat, Nieuwegein, 2004.

¹² Z. Berdowski, P.H. Eshuis, Tijdsbesteding Mondzorg, IOO, 2009

3. Aanbod, vraag en werkproces

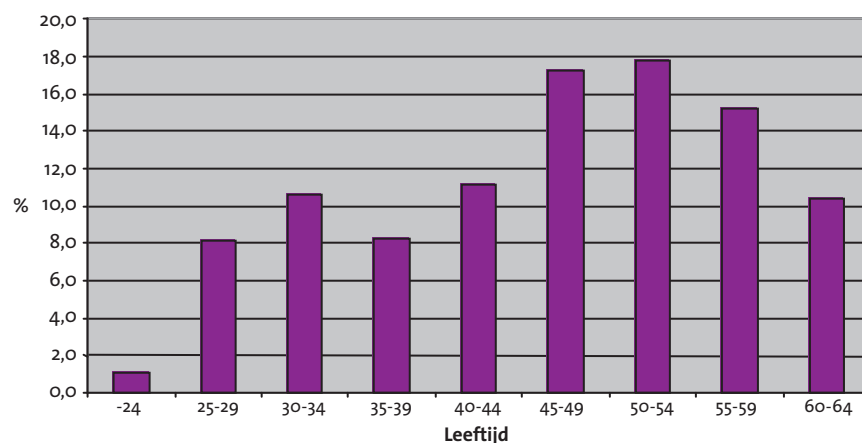
Dit hoofdstuk geeft een overzicht van het aanbod van de tandartsen en mondhygiënisten en de verwachte ontwikkeling daarvan in de toekomst. Daarnaast wordt de te verwachten ontwikkeling van de zorgvraag geschetst en wordt waar mogelijk een beeld gegeven van ontwikkelingen in het werkproces. De basisgegevens hiervoor zijn verzameld en bewerkt door het Nivel.¹³ Een deel van deze gegevens is ontvangen van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) en de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM).

3.1 Aanbod tandartsen en mondhygiënisten

3.1.1 Omvang beroepsgroep tandartsen, leeftijdsopbouw en geslacht

Er zijn twee bronnen die informatie geven over het aantal in Nederland werkzame tandartsen, het BIG-register en het ledenbestand van de NMT, de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde. In het BIG-register staan meer personen geregistreerd dan er feitelijk werkzaam zijn, omdat een aantal geregistreerden geen gebruik (meer) maakt van hun bevoegdheid, bijvoorbeeld vanwege vertrek naar het buitenland of pensioen. Voor het NMT-register geldt juist dat niet alle werkzame tandartsen geregistreerd staan, bijvoorbeeld omdat zij recentelijk afgestudeerd zijn of afkomstig zijn uit het buitenland. Een combinatie van de gegevens uit het BIG- en het NMT-register leidt tot de inschatting dat er in 2008 ongeveer 8.600 tandartsen werkzaam waren in Nederland. Dit is met inbegrip van ongeveer 400 tandartsen met een buitenlands diploma. Het aantal van 8.600 komt vrijwel overeen met het aantal werkzame huisartsen in Nederland begin 2007, dat op 8.670 lag. Als we kijken naar de leeftijdsopbouw van de in Nederland werkzame tandartsen, dan zien we dat ruim 50% van alle tandartsen valt in de leeftijdscategorie van 45-59 jaar. Figuur 1 geeft een overzicht van de leeftijdsopbouw.

Figuur 2: Leeftijdsopbouw tandartsen jonger dan 65 jaar per 1 januari 2008



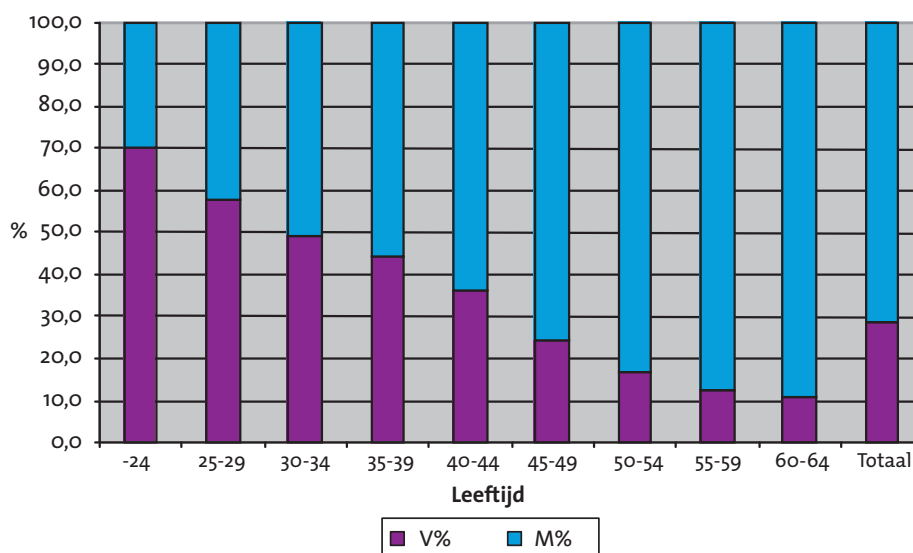
Bron: Nivel

¹³ Notitie Opleidingsplanning Mondzorg, Nivel, Utrecht, 2008

Bovenstaande figuur laat goed zien dat de spreiding over de verschillende leeftijdscohorten onevenwichtig is. Dit leidt er toe dat in de periode tot 2020-2025, de planningshorizon van het Capaciteitsorgaan, relatief veel tandartsen gaan stoppen met werken. Dit betekent dat de zogenaamde 'vervangingsvraag' relatief groot is. Vanuit een beleidsoptiek, die sterk aanstuurt op taakherschikking naar andere, lager opgeleide disciplines, kan dit patroon ook gezien worden als een kans. Immers, zou er schaarste aan tandartsen ontstaan dan zal de druk om het werk te herschikken groter worden.

Een ander belangrijk gegeven is de man-vrouw verhouding. Figuur 3 laat zien dat in 2008 van het totaal aantal tandartsen 29% vrouw was. Daarbij ligt het percentage in de jongere leeftijdscategorieën hoger dan in de oudere. Van de tandartsen jonger dan 29 jaar is meer dan 50% vrouw, van de tandartsen ouder dan 60 jaar is 11% vrouw. Er is dus sprake van een toenemende feminisering van de beroepsgroep.

Figuur 3: Aandeel tandartsen m/v naar leeftijdsklasse per 1 januari 2008



Bron: Nivel

Feminisering van beroepsgroepen is voor ramingen van de toekomstige capaciteit om drie redenen van belang. Allereerst werken vrouwen minder dan mannen, uitgedrukt in aantal uren per week, in de tweede plaats stoppen zij vroeger in hun loopbaan dan de mannen. Neemt het aandeel vrouwen toe, dan moeten voor de vervangingsvraag meer studenten in opleiding genomen worden. In de derde plaats mag verwacht worden dat, bij een toenemend aantal vrouwen, de wens om (meer) parttime te werken ook gaat groeien bij de mannen. Dit laatste zal versterkt worden omdat voorspeld kan worden dat het aandeel groepspraktijken gaat toenemen.

3.1.2 Omvang dienstverband

Volgens de gegevens van de NMT zijn de tandartsen die geregistreerd staan bij de NMT gemiddeld 0,93 FTE werkzaam. Dit betreft een middeling van praktijkhoudende tandartsen die doorgaans wat meer werken en niet-praktijkhoudende die wat minder

werken. Naar het oordeel van het Capaciteitsorgaan is dit aan de hoge kant. Dit zal in 2010 nader onderzocht worden. Besloten is de gemiddelde omvang van het dienstverband te stellen op 0,89 fte. In dit laatste speelt onder andere mee dat vermoed mag worden dat buitenlandse tandartsen wat minder fte werken dan hun Nederlandse collega's.

3.1.3 Instroom in het vak

Degenen die instromen in het vak zijn onder te verdelen in twee categorieën, namelijk degenen die instromen vanuit de Nederlandse opleiding en degenen die instromen vanuit het buitenland.

Het aantal personen dat de studie daadwerkelijk afrondt en uit de opleiding instroomt in het vak als tandarts, het interne rendement, is voor tandheelkunde vastgesteld op 85%. Tot 2006 was het aantal studenten dat begon aan de opleiding tandheelkunde, de numerus fixus, 300, in 2007 eenmalig 270 en vanaf 2008 240. Bij een numerus fixus van 240 studenten komen er bij een gelijk blijvend intern rendement jaarlijks 204 tandartsen op de arbeidsmarkt. Bij de numerus fixus van 270 zijn dat er 230, en bij 300 255. Op basis van deze instroomgegevens, en met handhaving in de toekomst van het interne en externe rendement op het huidige niveau, zullen er vanaf 2008 tot aan 2025 ongeveer 3.503 nieuwe tandartsen zijn gaan werken, buitenlandse instroom niet inbegrepen.

Naast de instroom uit de Nederlandse opleiding doet zich binnen de tandheelkunde de laatste jaren de tendens voor van een sterke instroom uit het buitenland. Sinds 2005 stromen jaarlijks gemiddeld 178 tandartsen vanuit het buitenland in Nederland in, met een spreiding van 147-211. Dit laatste getal dateert van 2005. Deze instroom is duidelijk hoger dan de instroom voor 2005. Dit aantal is niet te verwaarlozen. Zet dit de komende jaren door, dan is dit aantal al zeer groot vergeleken met de uitstroom uit de Nederlandse opleiding van ongeveer 255 de komende twee jaren. Laat staan wanneer de instroom vanuit de Nederlandse opleiding daalt naar 204.

De effectieve instroom uit het buitenland wordt om meerdere redenen geschat op de helft hiervan. Er zijn aanwijzingen dat een deel zich wel inschrijft, maar dat niet iedereen hier daadwerkelijk aan de slag gaat. Verder is het aannemelijk dat een belangrijk deel na verloop van tijd weer teruggaat naar het eigen land. Verder is bekend dat een deel parttime werkt in Nederland en parttime in het eigen land. Dit geldt vooral voor tandartsen in de grensgebieden met België en Duitsland, waar vandaan ook de meeste tandartsen zich in Nederland hebben laten inschrijven. Van alle geregistreerde tandartsen uit het buitenland is 80% afkomstig uit deze beide landen en daarvan komt veruit het grootste deel uit Duitsland. Naar verluid zijn er tot slot buitenlandse tandartsen in Nederland werkzaam zonder inschrijving. Voor de aanpak van de instroom uit het buitenland in de raming is een methodiek gevolgd die ook toegepast werd bij de anesthesisten. De buitenlandse instroom wordt gehalveerd (tot 89) en tevens wordt uitgegaan van een lager extern rendement dan de Nederlandse tandartsen, namelijk van 60% in een bepaalde tijdsperiode. Wordt de buitenlandse instroom meegerekend met de totaalinstroom, dan zullen er vanaf 2008 tot aan 2025 ongeveer 4.411 nieuwe tandartsen zijn gaan werken. Bij een jaarlijkse

instroom van 89 tandartsen uit het buitenland gaat het van dat aantal om in totaal ruim 900 buitenlandse tandartsen die enige tijd in Nederland zullen gaan werken.

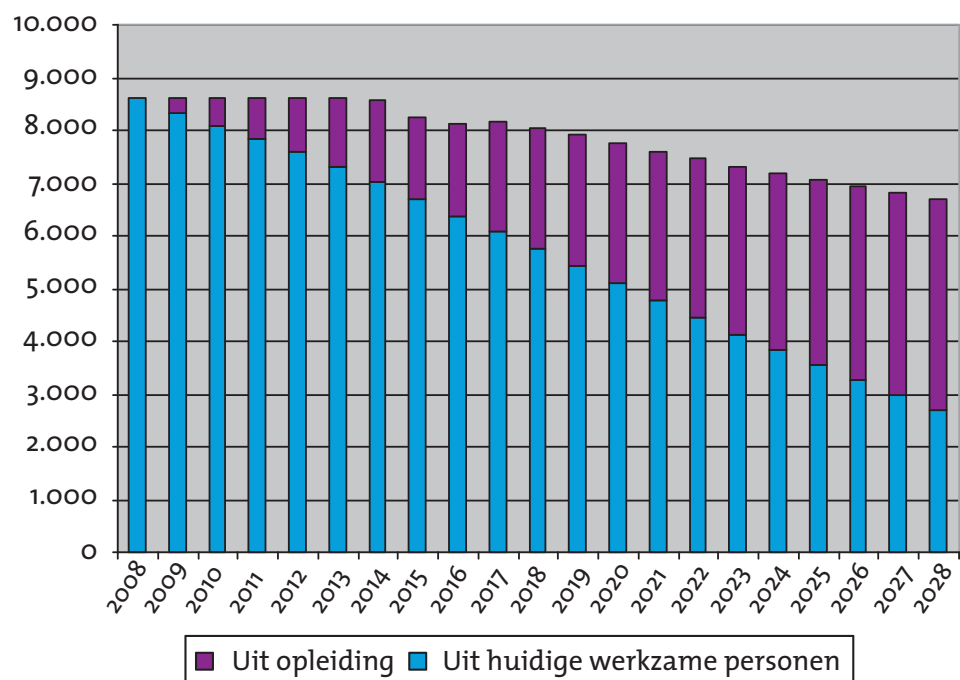
3.1.4 Uitstroom uit het vak

Tandartsen verlaten het vak langs verschillende wegen, ofwel door overlijden, arbeidsongeschiktheid, emigratie, een andere baan, ofwel door pensioen. Voor het berekenen van het uitstroompercentage is gekeken naar de uitstroom binnen verschillende leeftijdscategorieën in het verleden. Van de leeftijdsgroepen onder de 55 jaar stroomde in de periode tussen 1998 en 2003 4,6% uit, in de periode tussen 2004 en 2008 4%. Voor de leeftijdscategorie boven de 55 jaar ligt dit percentage echter hoger. Op grond van deze gegevens wordt de gemiddelde uitstroom, het externe rendement genoemd, vastgesteld op 1 % per jaar voor tandartsen onder de 60 jaar en op 2% per jaar voor tandartsen boven de 60. Daarnaast wordt ervan uit gegaan dat iedere tandarts met pensioen gaat als hij 65 is. Voor de buitenlandse instroom wordt daarnaast, zoals gezegd, uitgegaan van een extern rendement van 60% over een periode van 5 jaar.

3.1.5 Ontwikkeling aanbod tandartsen

Op grond van het huidige aantal tandartsen, de uitstroom uit het vak en de instroom in het vak, zowel van de opleiding als uit het buitenland, kan een inschatting gemaakt worden van de ontwikkeling van het aanbod aan tandartsen tussen 2008 en 2025. Figuur 4 toont de ontwikkeling zonder buitenlandse instroom, ervan uitgaande dat de instroom in de opleiding gehandhaafd wordt op 240 en de rendementen niet veranderen.

Figuur 4: Ontwikkeling aantal tandartsen exclusief buitenlandse instroom



Bron: Nivel

Bovenstaande figuur laat zien dat het totaal aantal tandartsen tot en met 2013 vrijwel gelijk blijft, in 2014 iets begint te dalen, daarna een duidelijke dip vertoont om vanaf 2017 richting 2025 gestaag te dalen¹⁴. Het moment van afname ligt volgens bovenstaande projectie enkele jaren later dan de Commissie Innovatie Mondzorg voorspelde. Dit kan van invloed zijn op het tempo en de mate waarin taakherschikking plaats vindt van de tandarts naar andere, lager opgeleide, disciplines. Als men taakherschikking buiten beschouwing laat dan is van belang dat de daling in 2014 en 2015 niet meer gecorrigeerd kan worden door een hogere instroom in de opleiding. De vroegste bijstelling is op zijn vroegst mogelijk in 2010. Immers bij een zesjarige opleiding komt het cohort van dat jaar op de arbeidsmarkt in 2016. Het aantal tandartsen daalt van 8.600 in 2008 naar 7.067 in 2025. Dit is een afname van 1.533, ofwel een kleine 18%.

Verder toont de figuur hoe het aandeel tandartsen dat werkt in 2008 geleidelijk afneemt. In 2015 zijn er nog 6.694 tandartsen over van de huidige 8.600, in 2020 nog 5.106, en in 2025 nog 3.564.

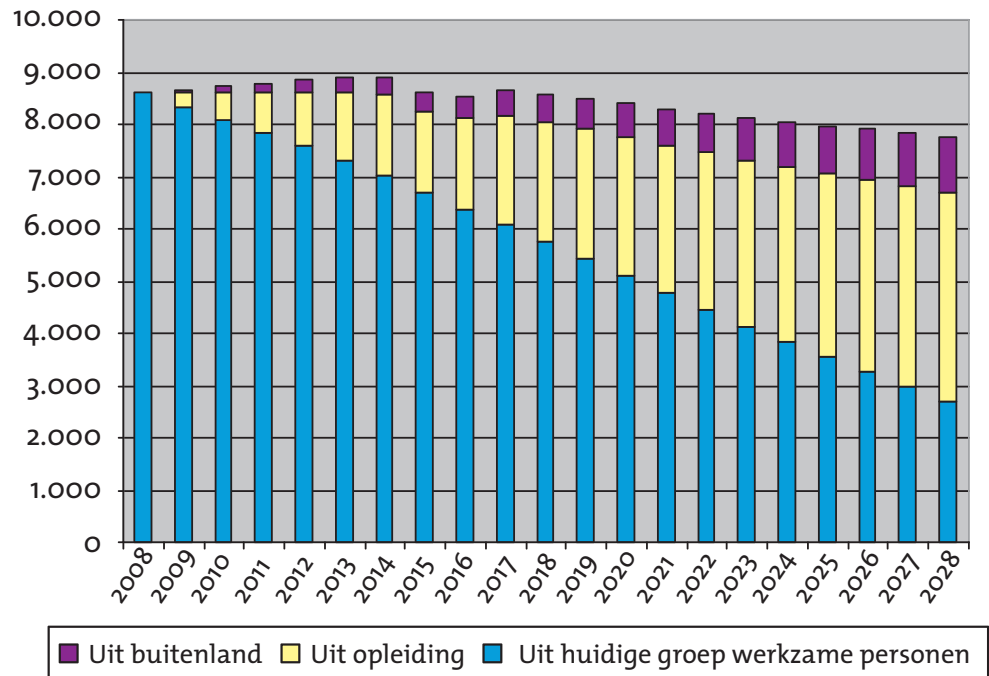
Uit de opleiding komen er tot 2011 jaarlijks ongeveer 255 tandartsen bij, in het jaar 2012 stokt de aanwas vanwege de overgang van de 5- naar de 6-jarige opleiding, in 2013 komen er ongeveer 230 tandartsen bij, en vanaf het jaar 2014 komen er jaarlijks iets meer dan 204 nieuwe tandartsen bij, uitgaande van een handhaving van de instroom van 240 studenten. In totaal zijn er in 2015 dan 1.542 nieuwe tandartsen bijgekomen, in 2020 2.651 en in 2025 3.503.

Wordt rekening gehouden met enige instroom uit het buitenland, namelijk 89 (de helft van het gemiddelde van de instroom vanaf 2005 dat lag op 178), dan ziet het patroon er in de eerstkomende jaren wat anders uit. Dit wordt hieronder in de figuren 5 en 6 zichtbaar.

Figuur 5 toont de ontwikkeling van het aanbod tandartsen inclusief buitenlandse instroom, waarbij wordt uitgegaan van een jaarlijkse instroom van 89, dat wil zeggen 178, maar dan gehalveerd vanwege de hierboven in paragraaf 3.1.3 beschreven korte verblijfsduur in Nederland. Tevens wordt een rendement van 60% gerekend over een periode van 5 jaar.

¹⁴ In 2013 treedt een kleine dip op, die niet zichtbaar is in de figuur, door de wijze van modelleren van de toekomstprognose. Die dip houdt verband met de verlenging van de opleiding van vijf naar zes jaar, begonnen in 2007. Dit heeft tot gevolg dat in 2013 minder tandartsen op de arbeidsmarkt komen.

Figuur 5: Ontwikkeling aantal tandartsen inclusief buitenlandse instroom van jaarlijks 89, en rendement 60%

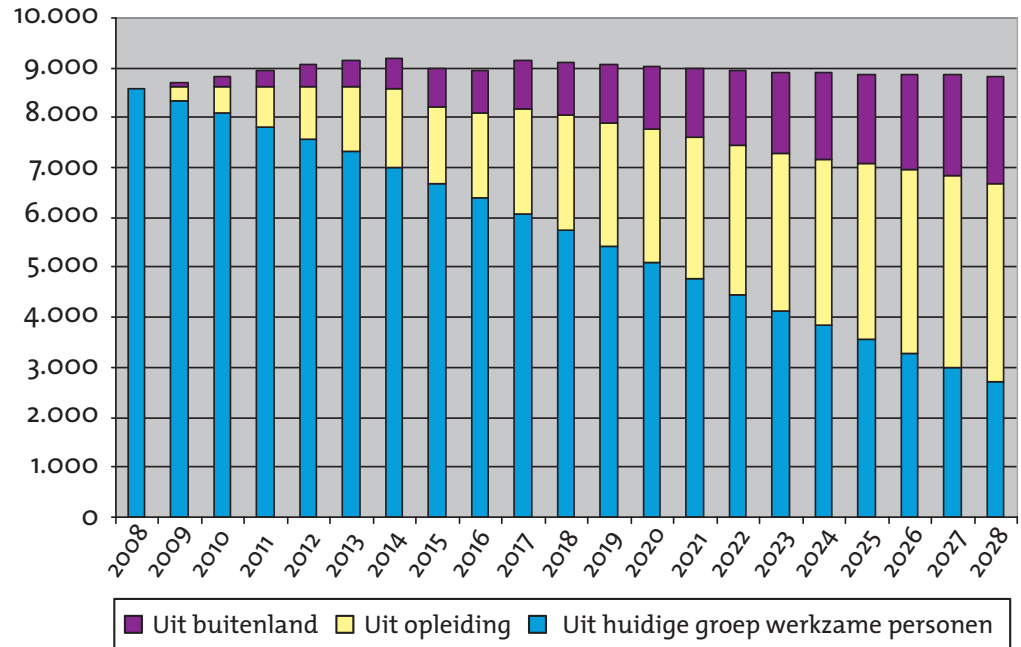


Bron: Nivel

Het totale aantal tandartsen groeit nu eerst naar een top in 2014, maar neemt daarna ook geleidelijk af richting 2025. Bij handhaving van de huidige buitenlandse instroom zullen er in 2015 374 buitenlandse tandartsen bijgekomen zijn, in 2020 641 en in 2025 908. In totaal stijgt het aantal tandartsen met deze buitenlandse instroom van 8.600 in 2008, naar 8.894 in 2013, daalt vervolgens naar 8.536 in 2016, stijgt in 2017 nog naar 8.664, om vervolgens gestaag te dalen naar 7.975 tandartsen in 2025. Deze aanwas van de buitenlandse tandartsen groeit geleidelijk, vooral omdat zij betrekkelijk snel weer stoppen met werken in Nederland. De buitenlandse instroom dempt de daling van het aantal tandartsen dus fors: dit aantal daalt dan tussen 2008 en 2025 van 8.600 naar 7.975. Dit is een afname met 626, een afname van 'slechts' 7,3%.

Tot slot toont figuur 6 de ontwikkeling van het aantal tandartsen als de instroom uit het buitenland doorzet op het niveau van 178.

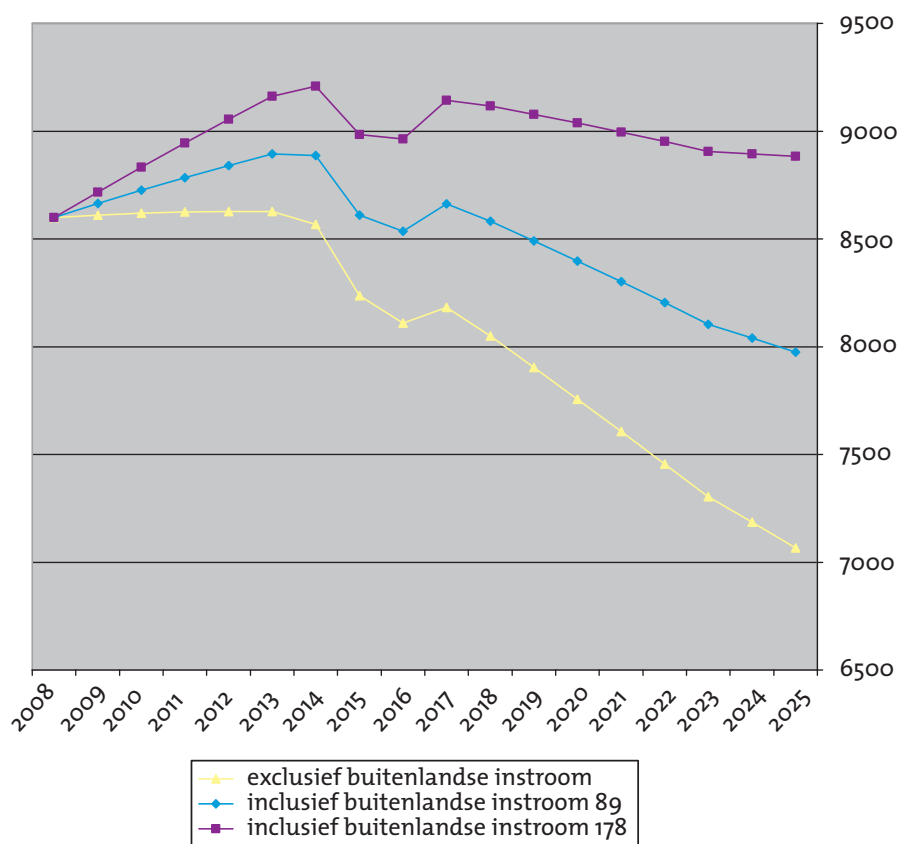
Figuur 6: Ontwikkeling aantal tandartsen inclusief buitenlandse instroom van jaarlijks 178, en rendement 60%



In deze figuur zien we dat het aantal tandartsen tot 2014 toeneemt naar 9.207, in 2015 en 2016 weer onder de 9.000 duikt, weer toeneemt in 2017 naar 9.144 en vanaf dan langzaam afneemt naar 8.883 in 2025. Bij handhaving van deze instroom is er dus geen sprake meer van afname maar van toename van het aantal personen. Hoe het aantal fte's zich ontwikkelt is niet goed aan te geven, immers net als in voorgaande figuur is onbekend hoeveel fte's de buitenlandse tandartsen werken. Dit is onderwerp voor nader onderzoek in de loop van 2010. Tot slot wordt hier ook nog bij vermeld dat er buitenlanders werkzaam zijn die zich niet laten inschrijven.

In een gecombineerde grafiek ziet het verschil tussen in- en exclusief buitenlandse instroom er als volgt uit. Figuur 7 toont de lijn zonder buitenlandse instroom, en daarnaast met een buitenlandse instroom van 89 en 178.

Figuur 7: Vergelijking aanbod tandartsen in- en exclusief buitenlandse instroom



Bron: Nivel

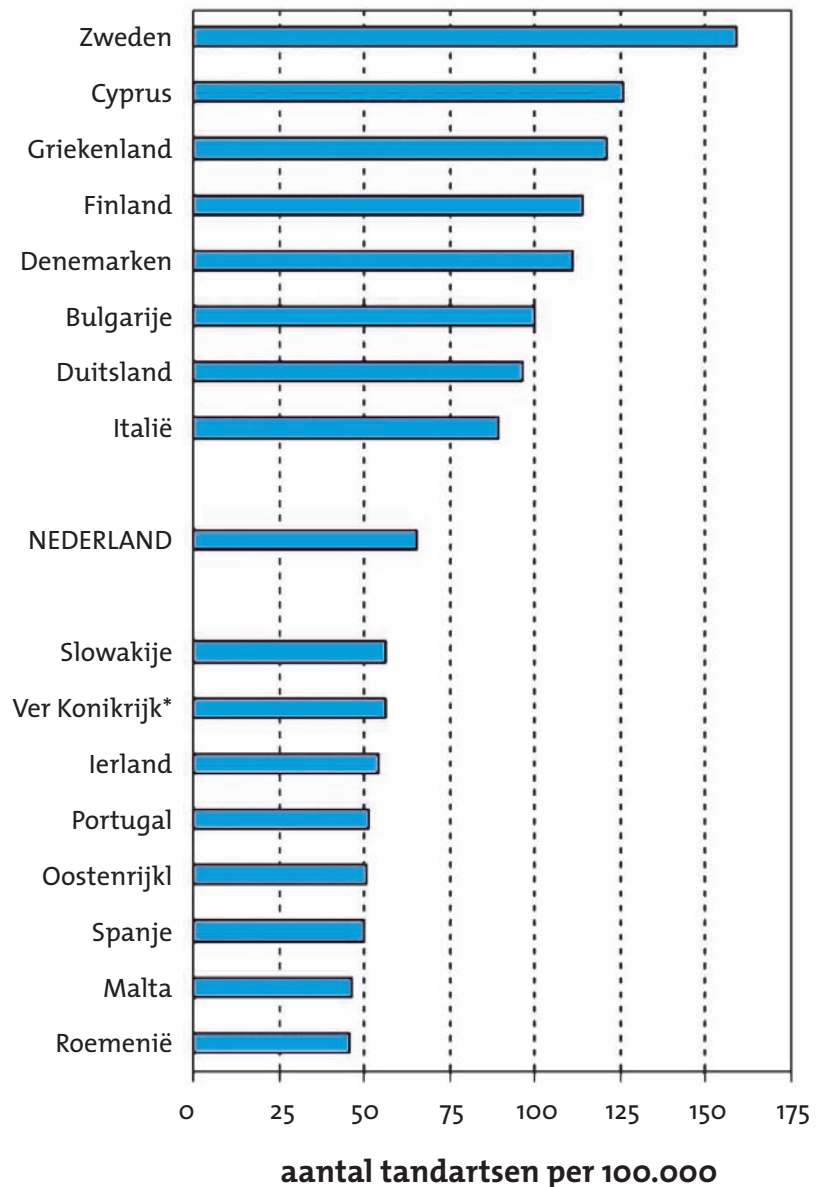
Bovenstaande figuren bevestigen in grote lijnen de bevindingen van de Commissie Innovatie Mondzorg. De instroom uit het buitenland is nog wat toegenomen sinds 2005 en bereikte in 2008 nog een piek van ruim 200. Als de instroom op het hoge niveau blijft van de afgelopen jaren zal het aantal tandartsen wel schommelingen vertonen, maar zal het aantal niet dalen onder het niveau van 8.600 van begin 2008. Of dit in de (nabije) toekomst zal leiden tot een tekort aan tandartsen zal vooral afhangen van drie factoren, die bij ramingen van het Capaciteitsorgaan meestal een belangrijke rol spelen. Deze parameters kunnen ook nog invloed op elkaar hebben. Het gaat dan om de mate van taakherschikking, een eventuele groei van de vraag en hoe tandartsen en andere disciplines met hun arbeidstijd omgaan.

3.1.6 Vergelijking met buitenland

Het is interessant om de tandartsdichtheid in Nederland te vergelijken met die in andere Europese landen. Daarbij moet wel aangetekend worden dat deze verschillen niet absoluut moeten worden geïnterpreteerd. Door verschillen in organisatie en inrichting van de mondzorg tussen de Europese landen kan het tijdsbestedingspatroon er van land tot land heel anders uitzien. Een algemene kanttekening bij dit soort vergelijkingen gaat ook hier op. De gegevens over het aantal tandartsen per 100.000 inwoners tonen niet of en in welke mate er sprake is van andere beroepen en ondersteunend personeel. Toch is het interessant om in

onderstaande figuur, afkomstig van het RIVM¹⁵ de verschillen te zien. We zien daarin dat Nederland in vergelijking met de meeste Westeuropese landen een relatief lage tandartsdichtheid heeft.

Figuur 8: EU-landen met hoogste en laagste aantal geregistreerde tandartsen per 100.000 inwoners in 2004, voor het Verenigd Koninkrijk in 2005* (CECDO database, 2007).



Bron: RIVM

3.1.7 Omvang beroepsgroep mondhygiënisten, leeftijdsopbouw en geslacht

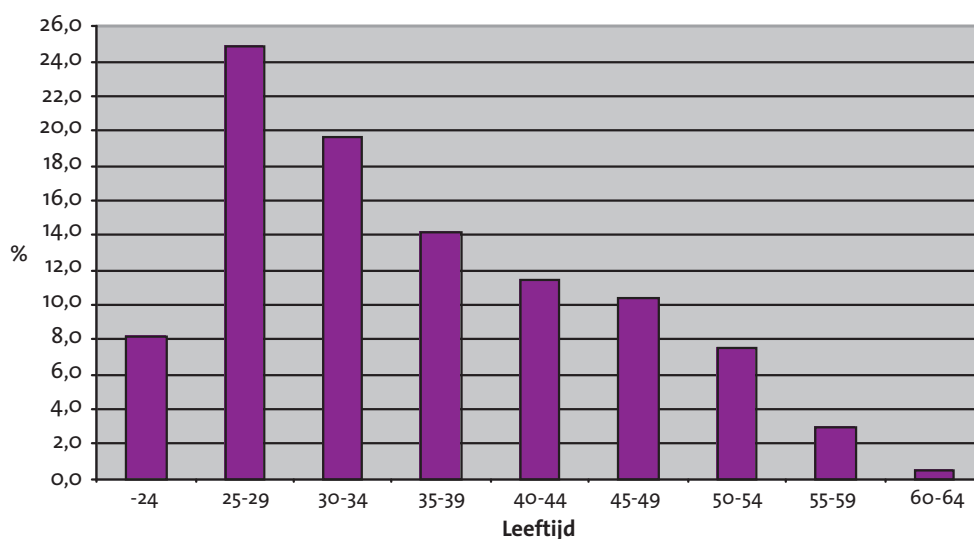
Er is geen landelijke registratie van werkzame mondhygiënisten. Het aantal werkzame mondhygiënisten moet derhalve indirect verkregen worden.

¹⁵ Website RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2009

Informatiebronnen hiervoor zijn het ledenbestand van de NVM, de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten, en opleidingsgegevens van de HBO-Raad en het CBS. In de periode 1967-2008 hebben in Nederland in totaal 3.190 mondhygiënisten de opleiding voltooid. Een vergelijking tussen het aantal NVM-leden per afstudeerjaar en de opleidingsgegevens van de HBO-raad en het CBS biedt inzicht in de organisatiegraad van de beroepsgroep, dat wil zeggen, het percentage mondhygiënisten dat lid is van de NVM. Op basis van deze vergelijking werd door het Nivel berekend dat er per 1 januari 2008 naar schatting 2.342 mondhygiënisten in Nederland werkzaam waren.

De mondhygiënisten kennen een relatief jonge leeftijdsopbouw. Een derde deel van de mondhygiënisten is jonger dan 30 jaar, en slechts 12% is ouder dan 50 jaar. Slechts 2% van het totaal aan mondhygiënisten is man, waarbij deze 2% redelijk gelijk verdeeld is over de verschillende leeftijdscategorieën, met uitzondering van de 60+ers, die geen mannelijke mondhygiënisten kennen. Overigens wordt vanwege de uitbreiding van de opleiding naar de 4-jarige opleiding mondzorgkunde wel een toename verwacht van de instroom van mannelijke studenten, waarbij een schatting wordt gedaan van 12%.

Figuur 9: Leeftijdsopbouw mondhygiënisten jonger dan 65 jaar per 1 januari 2008



Bron: Nivel

3.1.8 Omvang dienstverband

Een groot deel van de mondhygiënisten werkt parttime. In het begin van de jaren negentig werkte reeds 43% van de mondhygiënisten minder dan 8 dagdelen per week. Op basis van de meest recente gegevens wordt geschat dat de vrouwelijke mondhygiënisten gemiddeld 0,70 fte werken en de mannen 0,90 fte. Vanwege het lage percentage mannen blijft het gemiddelde fte 0,70.

3.1.9 Instroom vanuit de opleiding

Jaarlijks starten 300 studenten met de opleiding tot mondhygiënist. Het aantal personen dat de studie daadwerkelijk afrondt en instroomt in het vak als mondhygiënist, ligt voor de opleiding mondzorgkunde op 60%. Recent is nog een signaal ontvangen dat dit rendement bij één van de scholen nog wat verder gedaald is naar mogelijk 50%. Dit zou verband kunnen houden met de verzwaring van de opleiding naar vier jaar en mogelijk vooral door een verdere toename van de doorstroming vanuit MBO-niveau. In de tijd dat de opleiding nog 2- en later 3-jarig werd lag dit interne rendement beduidend hoger. Voor de 2-jarige opleiding gold een intern rendement van ongeveer 84%, en bij de 3-jarige opleiding, die in 1997 van start ging, daalde het rendement naar rond de 70%. Bij de 4-jarige opleiding is het rendement nog verder gedaald, naar rond de 60%. De oorzaak hiervan is gelegen in de toelatingscriteria tot HBO-opleidingen, die tot gevolg hebben dat MBO-ers meer kans maken dan havisten en vwo-ers. Het gevolg is dat momenteel meer dan 70% doorstroomt vanuit het MBO. Veel van hen halen echter de eindstreep niet. Bij mondhygiënisten is geen sprake van instroom uit het buitenland.

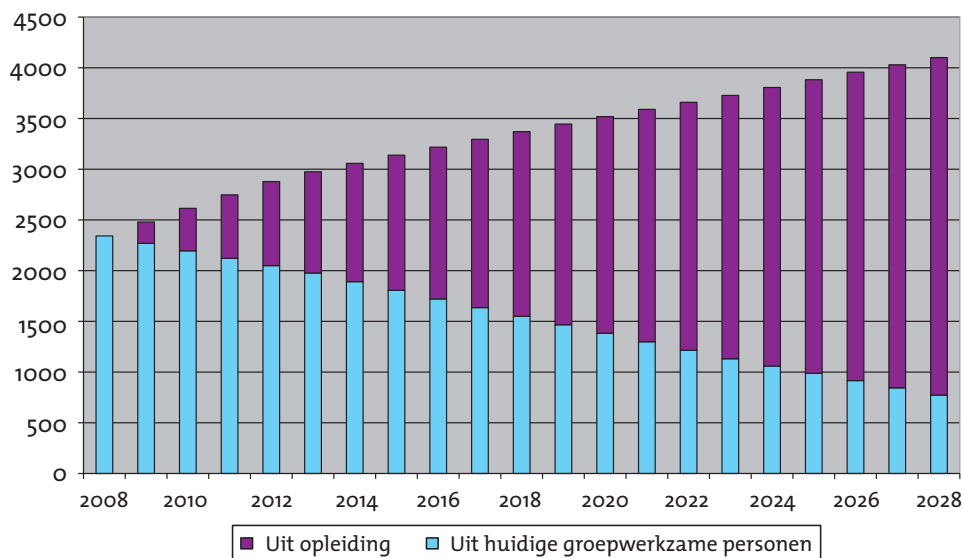
3.1.10 Uitstroom uit het vak

Voor het externe rendement, het percentage mondhygiënisten dat het beroep verlaat, is het patroon in het verleden bekeken. In dat uitstroompatroon deed zich medio jaren '80 een opvallende 'dip' voor, een periode met vrij plotseling een hoog uitstroompercentage. Hiervoor zijn meer verklaringen denkbaar. Zo bestond er begin jaren '80 een behoorlijk groot tandartsenoverschot, waardoor mogelijk de arbeidsmarkt voor mondhygiënisten ook minder aantrekkelijk werd. Een mogelijk betere verklaring hiervoor kan gelegen zijn in het feit dat tot begin jaren '80 de groep 'pioniers', de mondhygiënisten van het eerste uur, relatief lang doorwerkten en medio jaren '80 in grotere getale uitstroonden. Dit is een bekend verschijnsel dat ook binnen andere beroepsgroepen is waargenomen. Op grond hiervan lijkt het verstandig om het uitstroompatroon sinds die periode als het normale uitstroompatroon te beschouwen. Op grond van dit uitgangspunt is het rendement van de mondhygiënisten als volgt vastgesteld. In 2013 zal van de momenteel werkzame mondhygiënisten 15,6% zijn uitgestroomd, in 2018 33,8%, in 2023 51,7% en in 2028 67%.

3.1.11 Ontwikkeling aanbod mondhygiënisten

Op grond van het huidige aantal mondhygiënisten, de uitstroom uit het vak en de instroom in het vak kan een inschatting gemaakt worden van de ontwikkeling van het aanbod aan mondhygiënisten tussen de jaren 2008 en 2025. Daarbij wordt uitgegaan van continuering van de huidige instroom in de opleiding van 300 en een intern rendement van 60% en de hierboven toegelichte keuze van de uitstroom uit het vak. Overigens is de laatste jaren het aantal aanmeldingen voor de opleiding aanzienlijk groter geworden. Een deel daarvan meldt zich af bij aanvang van de opleiding en een ander deel stopt al vrij snel. Daarna stabiliseert de uitval en vanaf dat moment gemeten is het interne rendement van de opleiding 60%.

Figuur 10: ontwikkeling aanbod mondhygiënisten 2008-2025



Bron: Nivel

Figuur 10 laat zien dat het totaal aantal mondhygiënisten continu gaat toenemen en dat de groei richting 2025 in totaal aanzienlijk is. Verder toont de figuur dat het aantal mondhygiënisten dat in 2008 werkzaam was in Nederland gestaag afneemt. In 2015 zijn er nog 1.806 mondhygiënisten over van de huidige 2.342, in 2020 nog 1.383, en in 2025 zijn er van deze groep nog 988 over. Uit de opleiding komen er jaarlijks ongeveer 180 mondhygiënisten bij. In totaal zullen er in 2015 1.332 nieuwe mondhygiënisten bijgekomen zijn, in 2020 2.136 en in 2025 2.894. Het totaal aantal mondhygiënisten neemt toe van 2.342 in 2008 naar 3.139 in 2015 en 3.519 in 2020. In 2025 zullen er 3.882 mondhygiënisten werkzaam zijn in Nederland. Dit is een toename van 1.540, ofwel van 66%.

3.1.12 Conclusies aanbod tandartsen en mondhygiënisten

Op grond van bovengenoemde ontwikkeling kunnen we de af- en toename van beide disciplines met elkaar vergelijken en het volgende concluderen:

- Bij handhaving van de instroom van 240 in de opleiding tot tandarts neemt het aantal tandartsen tussen 2008 en 2025 af met 1.533, ofwel 18%, als geen rekening gehouden wordt met de buitenlandse instroom. Als deze wel voor de helft ingecalculereerd wordt neemt het aantal tandartsen af met 7,3%. De buitenlandse instroom is een factor van belang in het aanbod aan tandartsen in Nederland.
- Bij de mondhygiënisten neemt bij handhaving van de instroom van 300 het aantal mondhygiënisten toe met 1.540, ofwel met 66%.
- Worden de buitenlandse tandartsen buiten beschouwing gelaten, dan neemt het aantal tandartsen in absolute zin af met 1.533, terwijl het aantal mondhygiënisten met 1.540 toeneemt. Dit lijkt tegen elkaar op te wegen, maar er moet rekening gehouden worden met het feit dat de mondhygiënisten gemiddeld duidelijk minder FTE's werken dan de tandartsen. Wordt wel rekening gehouden met een instroom van buitenlandse tandartsen op een niveau van de helft van de

afgelopen jaren, dan daalt het totaal aantal bij deze beroepsgroep met 626 en neemt tegelijk het aantal mondhygiënisten relatief veel meer toe met 1.540.

- Wordt rekening gehouden met een instroom van 178, zoals in de voorbije jaren, dan daalt het aantal tandartsen niet en stijgt het aantal mondhygiënisten nog steeds met 1.540. Zoals de Commissie Innovatie Mondzorg al stelde is het de vraag of er dan sprake zal zijn van taakherschikking. Bovendien kan men zich afvragen of in dat geval de groei van de klassieke taken van de mondhygiënist een toename met 1.540 rechtvaardigt. Met andere woorden, wellicht dat er dan een overschot aan professionals in de mondzorg gaat ontstaan.

3.2 Zorgvraag mondzorg

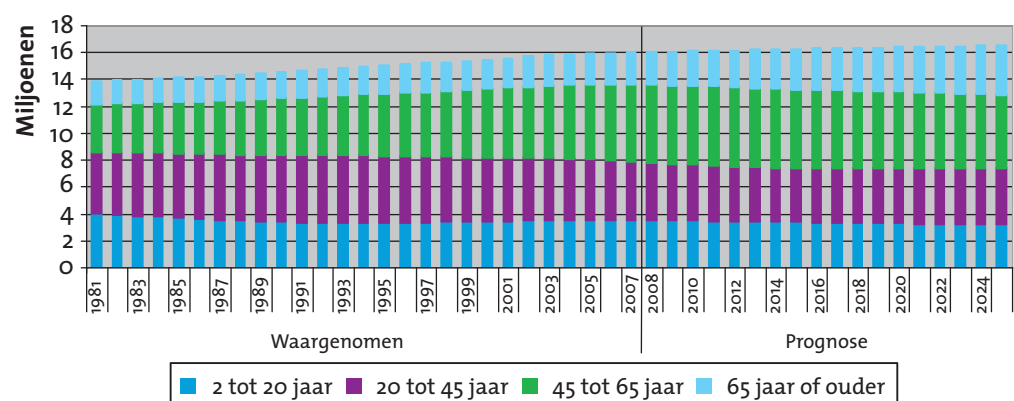
3.2.1 Zorgvraag

Voor het bepalen van de zorgvraag in de toekomst zijn de demografische en epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen van belang. Daarnaast kan het zijn dat er sprake is van zorgvraag waaraan de beroepsgroep op het moment van raming niet aan kan voldoen. Dit noemen we de onvervulde vraag. In de nu volgende paragrafen komen deze ontwikkelingen één voor één aan bod.

3.2.2 Demografie

In 2008 had Nederland iets meer dan 16 miljoen inwoners. Voor 2028 wordt iets meer dan 16,5 inwoners voorspeld door het CBS. Dit is een bescheiden groei van 3,3% ten opzichte van 2008¹⁶. Figuur 11 geeft een overzicht van de opbouw van de bevolking vanaf de jaren 1981, met een prognose tot 2028.

Figuur 11: Aantal personen ouder dan 1 jaar (inclusief personen met kunstgebit) woonachtig in Nederland



Bron: Nivel

¹⁶ Ter vergelijking: in de 20 jaar tussen 1988 en 2008 nam de Nederlandse bevolking toe met 11,8%. Als we overigens 2025 als meetjaar nemen gaat het om een toename van 3%, van 16.038.823 naar 16.514.150 inwoners.

Als we de jaren 2008 en 2028 eruit lichten ontstaat het volgende beeld van de bevolkingstoename tussen beide jaren, per leeftijdscategorie. De toenemende vergrijzing is in zowel figuur 11 als tabel 4 zichtbaar.

Tabel 4: Prognose Nederlandse bevolking 2008-2028

	2008	2028
2-20 jaar	3.573.528	3.240.082
20-45 jaar	4.267.449	4.207.011
45-65 jaar	5.783.085	5.309.649
65+	2.414.761	3.817.565
Totaal	16.038.823	16.574.307

Bron: Nivel

Niet iedere leeftijdscategorie heeft in dezelfde mate contact met de tandarts. Op basis van de trend van de afgelopen jaren kan een prognose worden gedaan over het aandeel per leeftijdscategorie dat contact zal hebben met de tandarts. Voor alle categorieën geldt dat sinds begin jaren '80 steeds meer mensen de tandarts zijn gaan bezoeken: het aandeel van de Nederlandse dentate bevolking dat contact heeft met een tandarts is gestegen van 62% in 1981 tot bijna 80% in 2008. Voor een toekomstprognose is gekozen voor een stabilisatie van het gemiddelde van de afgelopen 5 jaar. Op grond daarvan zijn de percentages voor de periode 2008-2025 als volgt:

Tabel 5: Prognose aandeel per leeftijdscategorie met minimaal één tandartscontact.

Leeftijd	Aandeel contact
2-20 jarigen	91%
20-45 jarigen	87%
45-65 jarigen	78%
65+	45%

Bron: Nivel

Omdat de populatie van de groep 65+ zal gaan toenemen en een relatief klein aandeel van deze groep tandartscontact heeft, leiden bovengenoemde percentages toch tot een daling van het totaal aandeel personen dat tandartscontact heeft, namelijk van 78% in 2008 naar 76% in 2025.

Overigens lijkt het aannemelijker om voor de groep 65+ te veronderstellen dat de stijgende trend van de laatste 5 jaar niet zal stabiliseren maar zich juist zal voortzetten, conform het stijgingspatroon zoals zich dat voordeed voor de categorie 45-64 jaar. In dat geval kan worden uitgegaan van een verdere stijging van het aandeel van deze groep tot 65% in 2022, en vanaf dat jaar stabilisatie. Dan daalt het totale aandeel niet van 78% naar 76% maar stijgt het juist met 2% naar 80% in 2025. Wat betreft het aantal inwoners met contact, bovengenoemde groei en vergrijzing van de bevolking in combinatie met de genoemde stabilisering van het aandeel

patiënten met contact voor alle leeftijdscategorieën zal leiden tot een lichte afname in het aantal tandartspatiënten. Als we echter uitgaan van een toename van het aandeel ouderen met tandartscontact in plaats van stabilisering, dan stijgt het aantal personen met minimaal één tandartscontact van 12,7 miljoen in 2008 naar 13,2 miljoen in 2025, een stijging van 3,9%.

Behalve het aandeel en aantal patiënten met contact is ook informatie nodig over het aantal contacten per inwoner met contact. Als wordt uitgegaan van het gemiddelde van de periode 2003-2007, zal het aantal contacten per jaar stijgen van jaarlijks 2,84 in 2008 naar 2,87 keer in 2025, waarbij tevens wordt uitgegaan van een constant aandeel van de groep 65+. Wordt toch uitgegaan van een stijgend aantal ouderen, dan stijgt het aantal contacten van 2,84 per jaar naar 2,90 per jaar, een stijging van 1,8% in plaats van 0,9%.

Wordt bij de bepaling van het aantal contacten ook nog rekening gehouden met specifieke trends die zich voor de verschillende leeftijdscategorieën tussen 1983 en 2007 hebben voorgedaan, en met een constant aandeel van de groep 65+, dan kan voor de periode van 2008 – 2025 een daling verwacht worden van 2,83 naar 2,63 keer contact per jaar. Dit is een daling van 7,1% in het aantal contacten per jaar. Wordt ook hier weer uitgegaan van een stijgend aantal ouderen, dan is de daling iets minder sterk, namelijk van 2,83 naar 2,65 keer per jaar, een daling van 6,6% in het aantal contacten per jaar.

Combinatie van de gegevens over het aantal inwoners, het aandeel inwoners met contact, en het aantal contacten per inwoner met contact levert uiteindelijk een beeld op van het totaal aantal tandartscontacten. Het totaal aantal contacten zal stijgen van 35,8 miljoen in 2008 naar 35,9 miljoen in 2025, als wordt uitgegaan van een constant aantal contacten per inwoner met contact en een constant aandeel inwoners met minimaal één contact. Dit is een stijging van 0,3%. Wordt ook nog rekening gehouden met de trends in de verschillende leeftijdscategorieën tot 2007, dan treedt een daling op van 35,8 miljoen in 2008 naar 32,8 miljoen in 2025, een afname van 7,7%. Wordt toch uitgegaan van een stijging van het aantal ouderen, dan daalt het aantal contacten van 35,8 miljoen in 2008 naar 35 miljoen, een afname van 2,7%.

Wat betreft de invloed van de demografische ontwikkelingen op de vraag naar mondzorg zijn er samenvattend twee hoofdontwikkelingen te onderscheiden. In de eerste plaats dat alles blijft zoals het nu is, afgezien van de wijzigende samenstelling van de bevolking. Dit resulteert in een beperkte groei van het totale aantal contacten met de tandarts van 0,3% in de periode 2008-2025. Als tweede scenario zou verondersteld kunnen worden dat diverse ontwikkelingen doorgaan op basis van de trend van de afgelopen jaren, o.a. een toenemend aantal 65-plussers en een dalend aantal contacten per inwoner. In dat geval zal de vraag naar mondzorg met 2,7% dalen. Er zal dus ofwel een lichte stijging van het aantal tandartscontacten plaatsvinden, ofwel een iets sterkere daling, afhankelijk van de onderliggende aannames. Alles wegend is het voorstel van het Nivel, dat deze factor nader onderzocht heeft, overgenomen. Dit kwam uit op een stijging van 3% in 10 jaar.

Uitdrukkelijk wordt hierbij vermeld dat de zeer aannemelijke verwachting dat het aantal mensen met een kunstgebit sterk gaat afnemen niet in deze factor demografie wordt meegenomen. Dit komt aan de orde bij de factor sociaal-cultureel.

3.2.3 Epidemiologie

Er is een aantal epidemiologische ontwikkelingen in de mondgezondheid die van invloed kunnen zijn op de vraag naar mondzorg. Een tendens die al in het Capaciteitsplan 2008 aan de orde is gekomen is de verslechtering van de mondgezondheid onder jongeren tot 15 jaar¹⁷, die samenhangt met een daling in de frequentie van tandartsbezoek onder jeugdigen. De mondgezondheid van jeugdigen vanaf 15 jaar verbetert nog. In hetzelfde rapport Signalement Mondzorg wordt de mondgezondheid van gehandicapten en van ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen besproken. Deze laat te wensen over. Als aangenomen wordt dat in de komende jaren wat meer aandacht besteed zal worden aan deze beide doelgroepen is de verwachting dat op grond van deze epidemiologische ontwikkelingen de vraag naar mondzorg iets zal stijgen. In de raming wordt ervan uitgegaan dat de factor epidemiologie de vraag naar mondzorg met 3% in 10 jaar zal doen stijgen.

3.2.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen

Sociaal-culturele ontwikkelingen in de vraag naar mondzorg zijn ontwikkelingen die hun oorsprong vinden in veranderende sociaal-culturele omstandigheden die de keuzes van mensen beïnvloeden. De groeiende vraag van ouderen naar mondzorg is hier een belangrijk voorbeeld van. De toegenomen welvaart en de voortschrijdende behandeltechnieken bieden ouderen meer mogelijkheden voor behandeling dan vroeger. Vroeger was een (deels) edentate mond geen uitzondering, en hadden ouderen in meerderheid een gedeeltelijke of volledige prothese. Tegenwoordig maakt men in toenemende mate gebruik van uitgebreide gebitsbehandeling waardoor het eigen gebit langer behouden blijft. De verwachting is daarom dat de komende jaren onder oudere Nederlanders de vraag naar een meer complexe tandheelkundige behandeling zal groeien. Geschat wordt dat als gevolg van deze sociaal-culturele ontwikkeling de vraag naar tandheelkundige mondzorg van de tandarts met 5% in 10 jaar zal toenemen.

Een andere sociaal-culturele ontwikkeling is de toenemende aandacht voor preventie in Nederland. De afgelopen 10 jaar is het aantal mondhygiënisten met 50% gestegen. Daaruit kan geconcludeerd worden dat de vraag naar preventieve mondhygiënische sterk is toegenomen. De verwachting is dat deze tendens zich zal voortzetten. Daarom wordt voor de mondhygiënisten uitgegaan van een toename van de factor sociaal cultureel van 25% in 10 jaar.

3.2.5 Onvervulde vraag

Er is veel discussie te voeren over de vraag of er anno 2009 een tekort is aan tandartsen of niet. Het lijkt erop dat tekorten sterk regionaal bepaald zijn. Dit is voor allerlei beroepsgroepen niet ongebruikelijk, zelfs als er enig overschot is. Het gaat dan

¹⁷ J. den Dekker, Signalement Mondzorg 2007, College voor Zorgverzekeringen, 2007

veelal om regio's die minder aantrekkelijk zijn om zich te gaan vestigen. Bekend is dat een flink aandeel van de tandartspraktijken nog open staat voor nieuwe patiënten. Beide informaties afwegend kan gesteld worden dat er vanuit een landelijk niveau gezien in Nederland niet of nauwelijks een tekort aan tandartsen is. Daarom wordt uitgegaan van een kleine onvervulde vraag. Zoals we hierboven hebben kunnen zien is het wel zo dat er in de komende jaren, van 2009 – 2013, een groot aantal oudere tandartsen zal stoppen. Daardoor kan er wel een echt tekort gaan ontstaan, maar dit zal afhankelijk zijn van het aantal buitenlandse tandartsen dat blijft instromen en de mate waarin taakherschikking zal optreden. Voorlopig wordt uitgegaan van een marginaal tekort aan tandartsen van 1%.

De onvervulde vraag bij mondhygiënisten is moeilijker te bepalen. De vraag naar mondhygiënistische zorg wordt nog steeds voornamelijk bepaald door verwijzingen van de tandarts in plaats van door de patiënt zelf. Wel is evident dat tandartsen die een mondhygiënist willen aantrekken, of praktijken van mondhygiënisten, moeite hebben een kandidaat te vinden. Vele signalen wijzen op een krappe arbeidsmarkt. Naar verluid kunnen mondhygiënisten eisen stellen aan de werkgever met betrekking tot parttime werken en de hoogte van het salaris. Verder is bekend dat mondhygiënisten na afronding van de opleiding snel werk vinden. Toch is besloten tot een bescheiden onvervulde vraag van 2 %, om drie redenen. Allereerst is er nog weinig rechtstreekse vraag vanuit de patiënt. In de tweede plaats moeten dubbeltellingen voorkomen worden met de parameter sociaal cultureel, die met 25% tamelijk hoog is ingeschat. Ten derde heeft menig tandarts inmiddels een preventieassistent in dienst.

3.2.6 Conclusie zorgvraag

Op grond van bovengenoemde factoren wordt in de raming uitgegaan van een stijging van de zorgvraag, op basis van epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen. In de varianten worden voor tandartsen en mondhygiënisten de in dit hoofdstuk genoemde percentages voor deze parameters aangehouden.

3.3 Werkproces

Ook dit compartiment omvat diverse te onderscheiden parameters die van groot belang kunnen zijn voor het bepalen van de juiste hoogte van de behoefte aan mondzorgprofessionals in de toekomst. Als bijvoorbeeld de efficiency van het werkproces toe- of juist afneemt zullen er minder of juist meer professionals nodig zijn. Een onderzoek onder de peilstations, een aantal tandartspraktijken die de Nederlandse Maatschappij voor Tandheelkunde tweejaarlijks van praktijkinformatie voorzien, heeft een aantal trends zichtbaar gemaakt. Hiervoor is gekeken naar de trends in de periode van 1998 tot en met 2008.

3.3.1 Efficiency

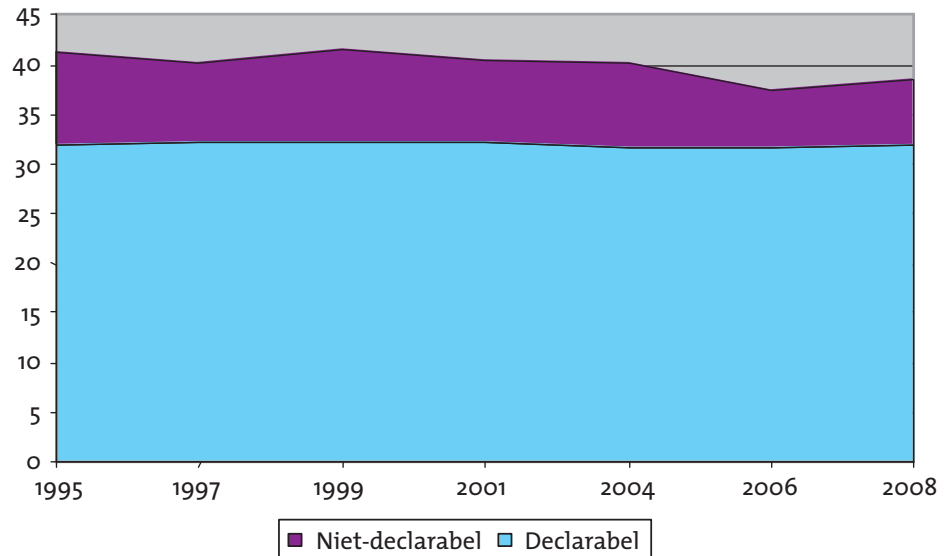
In de eerste plaats lijkt er een beweging gaande waarin het aantal solopraktijken afneemt en het aantal samenwerkingspraktijken toeneemt. Tussen de jaren 1997 en 2008 nam het aandeel solo-praktijken af van 76% naar 64%, terwijl het aandeel praktijken met één praktijkhouder en meerdere praktijkmedewerkers (i.e. tandartsen) steeg van 12 naar 19%. Ten tweede is er een trend gaande waarin de niet-

solopraktijken niet alleen toenemen in aantal maar ook in omvang. En ten derde zien we dat in de samenstelling van de tandheelkundige praktijken steeds meer andere beroepsgroepen werkzaam zijn. Een belangwekkende ontwikkeling, omdat deze van invloed kan zijn op de capaciteitsraming. Wel is dan de vraag of deze trend van schaalvergroting ook gepaard gaat met schaalvoordelen of juist –nadelen. Een zeer opvallend gegeven is dat er een groot verschil blijkt te zijn tussen solopraktijken en samenwerkingspraktijken in aantal patiënten per praktijk. Dit verschil is over de jaren heen ook tamelijk stabiel. Zo had in 2008 een solopraktijk gemiddeld 2.543 patiënten per fte tandarts, een praktijk met 2 praktijkhouders en verder geen praktijkmedewerkers 2.012 patiënten per fte tandarts. De verschillen worden echter heel groot als het gaat om praktijken met meerdere praktijkmedewerkers. Een praktijk met 1 praktijkhouder en meerdere praktijkmedewerkers heeft 1.741 patiënten per fte tandarts, en een praktijk met 2 praktijkhouders en meerdere praktijkmedewerkers heeft nog maar 1.253 patiënten per fte tandarts. Wordt gekeken naar het aantal patiënten per aantal stoeluren aan tandartsen dan blijft het beeld onveranderd. Wel wordt het verschil kleiner als het gemiddeld aantal patiënten per stoel per praktijktype gemeten wordt, evenals het aantal patiënten per totaal aantal fte inclusief preventie- en tandartsassistenten. Toch blijven ook dan de verschillen tussen praktijken met en praktijken zonder praktijkmedewerkers aanzienlijk. Alvorens vergaande conclusies te trekken uit deze verschillen, zijn enkele kanttekeningen te plaatsen bij dit verschil. Het kan zijn dat de werkuren van solopraktijken beter ingeschat zijn dan die van groepspraktijken, omdat de gegevens van de peilstations ingevuld worden door de praktijkhouder. Deze heeft wellicht minder zicht op de werkuren van zijn medewerkers. Een tweede kanttekening is dat groepspraktijken een andere samenstelling hebben dan solopraktijken. In de groepspraktijken werken wellicht vaker jongere tandartsen, die nog wat minder efficiënt werken. Ook kan het zijn dat de samenwerkingspraktijken een wat modernere manier van werken hebben, en wellicht ook door vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen een wat breder spectrum aan werkwijzen aanbieden. Dit kan betekenen dat voor dit soort verrichtingen de consultduur langer is en zo de tandarts per fte minder patiënten onder zijn hoede heeft. Er zijn dus nog diverse onzekerheden omtrent de verschillen in productiviteit per type praktijk, nader onderzoek daarnaar is gewenst. Vooralsnog is deze factor op 0% gezet.

3.3.2 Patiënt- en niet-patiëntgebonden tijd

Een tweede factor van belang in het werkproces is de verhouding tussen patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden tijd. Opvallend is dat zich vanaf het begin van de onderzochte periode, 1995, geen verandering heeft voorgedaan in het aantal declarabele uren (stoeluren) per week. Onderstaande figuur laat een zeer constant gemiddelde zien. Wel is er enige fluctuatie in de niet-declarabele uren (praktijkadministratie, overleg, volgen van cursussen) per week. Deze zijn eerst wat afgenomen en weer gestegen tussen 2006 en 2008. Hierdoor is het totaal aantal uren dat een tandarts gemiddeld per week werkt iets afgenomen van gemiddeld 40 uur in 1997 naar 38,4 uur gemiddeld per week in 2008. Tandartsen zijn dus niet harder gaan werken in de afgelopen jaren.

Figuur 12: Gemiddeld aantal declarabele en niet-declarabele uren per week per tandarts, 1995-2008



Bron: Nivel

Ook is gebleken dat de werkdruk niet is gestegen, waarbij gekeken is naar de wachttijd van patiënten, de ruimte voor nieuwe patiënten, het aantal verlofdagen en de door tandartsen ervaren werkdruk. Voor een spoedeisende behandeling konden patiënten in 2008 in 96% van de gevallen nog op dezelfde dag terecht bij de tandarts. Niet-spoedeisende behandelingen konden doorgaans binnen twee maanden uitgevoerd worden. In 2008 nam 19% van de tandartsen geen nieuwe patiënten aan, terwijl dit in 2001 nog 40% van de praktijken betrof. De vrij forse patiëntenstop uit 2001 lijkt dus grotendeels opgelost.

Er is een lichte stijging waarneembaar in het gemiddeld aantal verlof- en vakantiedagen, en bijna 70% van de tandartsen geeft aan zonder overwerken aan de zorgvraag te kunnen voldoen. Tandartsen geven zelf aan dat ze afname van werkdruk hebben ervaren de afgelopen jaren, met overigens een lichte recente stijging in 2008.

3.3.3 Vakinhoudelijke ontwikkeling/technologie

Naast de twee hierboven genoemde trends van toenemende schaalvergroting van de tandartspraktijk en een daling van de (ervaren) werkdruk, zijn ook trends en ontwikkelingen op vakinhoudelijk gebied van belang. In het algemeen is de ontwikkeling van een vak een belangrijke stimulans voor toename van de vraag. In de mondzorg wordt voor dit onderdeel voor beide kerndisciplines in de eerste lijn verwacht dat ook (enige) ontwikkeling zal plaats vinden. Dit zal sterker zijn als het experiment met marktwerking doorzet. Voorlopig wordt hiervoor een voorzichtige schatting gedaan. Aangenomen wordt dat de vraag als gevolg van vakinhoudelijke ontwikkelingen voor beide disciplines zal stijgen met 3% in 10 jaar.

3.3.4 Taakherschikking

Taakherschikking is in het werkproces de belangrijkste factor. Vanwege het belang ervan zal aan dit thema een apart hoofdstuk gewijd worden.

3.4 Conclusie

Dit hoofdstuk heeft in grote lijnen de ontwikkelingen geschetst in het zorgaanbod, de zorgvraag en het werkproces, en kan op grond daarvan een indicatie geven voor een aantal belangrijke parameters. Zoals aangetoond is voor het zorgaanbod is de buitenlandse instroom een belangrijke kwestie. Het al dan niet meerekenen van deze buitenlandse instroom is van grote invloed op de benodigde capaciteit. Hierop wordt later teruggekomen.

In Nederland is het aantal patiënten per fte tandarts relatief hoog, in vergelijking met de ons omringende landen. Wat Nederland onderscheidt van andere landen is echter de ruime beschikbaarheid van hulpkrachten. Een oordeel over een tekort dan wel een overschot aan tandartsen kan dan ook niet los gezien worden van de beschikbaarheid van de mondhygiënisten die in grote aantallen beschikbaar zijn in Nederland, vergeleken met bijvoorbeeld België en Duitsland. Voorts is de opkomst van de preventieassistent van belang.

Verder zal sprake zijn van een afname van het aantal tandartsen als de instroom van buitenlandse tandartsen buiten beschouwing gelaten wordt. Daartegenover staat een verwachte toename van het aantal mondhygiënisten tot het jaar 2025. Dit zal niet voldoende zijn om de afname van tandartsen te compenseren, althans als de afname en de groei worden uitgedrukt in fte's. Dit betekent dat, als de vraag (wat) zal afnemen, er voldoende capaciteit in de mondzorg zal zijn. Echter hierboven is voor verschillende parameters aangedragen dat de vraag nog (sterk) toeneemt. Als dit het geval is dan dreigt een tekort aan capaciteit. In dat geval moet de instroom in de opleidingen omhoog. In hoofdstuk 5, dat allerlei varianten behandelt, wordt dit verder onderbouwd.

4. Taakherschikking in de mondzorg

4.1 Inleiding

Zoals in hoofdstuk 2 over de positionering van de verschillende disciplines in de mondzorg is uiteengezet, heeft het rapport 'Toedeling van taken in de mondzorg', met als ondertitel 'alles kan met mitsen en maren', laten zien dat een veelheid aan verrichtingen **in theorie** door verschillende professionals uitgevoerd kan worden. Op basis van deze theoretische inventarisatie van alle deskundigheden en bevoegdheden van de verschillende disciplines, zou geconcludeerd kunnen worden dat er veel ruimte is voor taakherschikking. Echter, de praktijk heeft de afgelopen jaren laten zien dat alles wat mogelijk is lang niet altijd zijn beslag krijgt in de praktijk. Kennelijk is het zo dat niet alles wat kan en mag ook werkelijk gebeurt. In dit hoofdstuk wordt geprobeerd om een beeld te schetsen van de praktijk van taakherschikking de afgelopen jaren, en om inzicht te geven in de onderliggende krachten die invloed uitoefenen op het verloop van het taakherschikkingsproces. Een goed doorgronden van de verschillende motiverende alsmede ook de remmende invloeden op dit proces is een voorwaarde om te komen tot een goede inschatting van de wijze waarop en de mate waarin taakherschikking zich binnen de mondzorg zal voltrekken. Dit hoofdstuk schenkt allereerst aandacht aan taakherschikking van tandartsen naar mondhygiënist(en) en preventieassistent(en) en sluit af met een aparte paragraaf, die behandelt of er sprake zal zijn van taakherschikking van de twee tandheelkundig specialismen naar de tandarts. De kernvraag daarbij is of er nieuwe informatie is op grond waarvan bijstelling nodig is van de adviezen aangaande deze specialismen, uitgebracht in het Capaciteitsplan 2008.

4.2 Definiëring taakherschikking

Voor een goed begrip van taakherschikking is een heldere definiëring van belang. In haar advies 'Taakherschikking in de gezondheidszorg' (2002) definieerde de RVZ het begrip taakherschikking als het 'structureel herverdelen van taken tussen beroepen'¹⁸. In het rapport 'Taakherschikking in de mondzorg' (CBOG, Prismant, 2009) wordt het begrip taakherschikking, zoals het CBOG-rapport ook zelf vermeldt, ruimer gedefinieerd: 'Het verschuiven van taken van een hoger opgeleide zorgprofessional naar een lager opgeleide zorgprofessional, inclusief de verantwoordelijkheid en bevoegdheid voor de uitvoering van die taken. Hierbij zijn in essentie nog twee mogelijkheden. De lager opgeleide professional is tevens bevoegd tot het indiceren van de bedoelde taken, of de lager opgeleide professional is dat niet en mag de bedoelde taken uitsluitend uitvoeren in opdracht (en dus na indicatie) van de hoger opgeleide professional'. De Commissie Innovatie Mondzorg vulde in haar advies 'Taakherschikking en opleidingen' uit 2006 het begrip taakherschikking wat concreter in: 'Taakherschikking in de mondzorg betekent voor de Commissie (onder meer) dat over tien jaar de primaire, secundaire en tertiaire preventie van cariës en parodontitis bij een grote groep medisch ongecompliceerde patiënten met een stabiele mondgezondheid, wordt verzorgd door de vierjarig opgeleide mondhygiënist, met

¹⁸ RVZ, Taakherschikking in de gezondheidszorg, Zoetermeer, 2002

ondersteuning van de (preventie)assistent. De meer complexe behandelingen en de behandelingen bij medisch gecompromitteerde patiënten worden uitgevoerd door de zesjarig opgeleide mondarts, en indien nodig wordt verwezen naar orthodontist en kaakchirurg’.

Wat uit bovenstaande definiëringen heel duidelijk naar voren komt is dat het bij taakherschikking ook werkelijk moet gaan om het verschuiven van taken. In het verleden is binnen andere (medische) disciplines ervaring opgedaan met het overdragen van taken van een hogere naar een lagere discipline. Een voorbeeld hiervan zijn de POH’s, de praktijkondersteuners huisartsen, aangesteld bij de huisarts om een deel van diens taken over te nemen. Onderzoek heeft aangetoond dat in deze disciplines niet zozeer bestaand werk is verschoven, maar veeleer dat de aanverwante lager opgeleide disciplines werk oppakten dat voor hun komst bleef liggen. In feite vond daar dus geen taakherschikking plaats, maar werd groeiende vraag geacommodeerd. Ook kan men stellen dat er aanbod is gekomen dat sluimerende vraag manifest heeft gemaakt. Voorzichtigheid lijkt geboden bij het al te hoog inschatten van het percentage taakherschikking dat werkelijk plaatsvindt. Het is belangrijk goed te bezien of er sprake is van het overdragen van bestaande vraag of het genereren van nieuwe vraag in de mondzorg. In dit rapport gaan we uit van de zuivere definitie van taakherschikking waarbij er ook echt sprake is van het verschuiven van bestaande werkzaamheden. Wel kan het zo zijn dat deze bestaande werkzaamheden door verschillende professionals in een hoger of lager tempo worden uitgevoerd, of dat taken verschuiven zonder dat daar een verschuiving van bevoegdheden aan ten grondslag ligt.

4.3 Advies Commissie Innovatie Mondzorg

In het hierboven genoemde advies van de Commissie Innovatie Mondzorg werd zoals gezegd al een concretere invulling gegeven aan het begrip taakherschikking. Op basis van de uitkomsten van groepsdiscussies stelde de commissie dat 60% van de patiënten getypeerd kon worden als ongecompliceerde patiënten met ongecompliceerde monden waarbij de primaire, secundaire en tertiaire preventie niet door de tandarts/mondarts hoefde te gebeuren. Verondersteld werd dat van al deze ongecompliceerde patiënten met ongecompliceerde monden 50% door de mondhygiënist zou kunnen worden behandeld, 20% door de preventie-assistenten, en 30% nog door de tandartsen zelf.

Als de helft van de 60% ongecompliceerde patiënten behandeld zou kunnen worden door de mondhygiënist veronderstelt dit een forse taakherschikking¹⁹. Het rapport voorzagt dan ook forse verschuivingen in aantallen professionals in de mondzorg. In een tabel (zie tabel 6) werd aangegeven hoe de kwantitatieve verhoudingen van de voor de raming van de commissie belangrijkste disciplines er op moment van schrijven (2005) uitzagen en hoe die verhouding sterk zouden kunnen wijzigen in de toekomst. Uit het

¹⁹ Om dit goed te kunnen bepalen is het overigens van het grootste belang om inzicht te hebben in het percentage van zijn of haar tijd dat de tandarts besteedt aan deze 60% ongecompliceerde patiënten. Het rapport van de Commissie Innovatie Mondzorg biedt hierover geen helderheid.

rapport kan worden afgeleid dat met de aanduiding ‘toekomst’ niet een situatie over 10 jaar na 2005 werd geschetst, maar eerder een horizon even voorbij 2025.

Tabel 6: Het aantal mondzorgkundige professionals (mogelijke eindsituatie)²⁰.

Mondzorgkundige prof.	Nu	Toekomst
Kaakchirurgen	200	150-160
Orthodontisten	290	290
Tandartsen	8000	-
Mondartsen	-	3000-5000
Mondzorgkundigen	-	4000-6000
Mondhygiënisten	2300	-
Preventie-assistenten	1800	3000-4000
Tandartsassistenten	14600	14000-15000
Totaal (afgerond en bij toekomst sommatie klassenmiddens)	27.200	27.400

Bron: IOO

Zoals duidelijk wordt uit deze tabel verwachtte de Commissie dat het totaal aantal professionals vrijwel gelijk zou blijven, maar dat daarbinnen aanzienlijke verschuivingen zouden gaan optreden. Waar er destijds 8.000 tandartsen waren gaat deze beroepsgroep ongeveer halveren, als uitgegaan wordt van een middeling van 4.000 tussen 3.000 en 5.000. Omgekeerd zullen de ongeveer 2.300 mondhygiënisten in aantal gaan verdubbelen, ook daar uitgaande van een middeling van 5.000 tussen 4.000 en 6.000. Ook het aantal preventie-assistenten verdubbelt (bijna) naar 3.500, een middeling tussen 3.000 en 4.000. De gedachte is kennelijk dat tegenover een afname van ongeveer 4.000 tandartsen een toename staat van 2.700 (5.000 – 2.300) mondhygiënisten en 1.700 (3.500 – 1.800) preventieassistenten. Tezamen dus een afname van 4.000 tandartsen die gecompenseerd wordt door een toename van 4.400 andere professionals.

Als we de werkelijkheid achter deze getallen tot ons laten doordringen, roept deze echter wel een indringende vraag op. Onderzoek bij de verschillende beroepsgroepen heeft uitgewezen dat de tandartsen gemiddeld 0,84 fte werken, de mondhygiënisten 0,70 fte en de preventieassistenten een nog veel lager aantal fte. Het lijkt rekenkundig logisch te veronderstellen dat deze fte-verschillen ook verdisconteerd zouden moeten worden om de afname aan tandartsen voldoende te kunnen compenseren.

In hoofdstuk 3 is overigens in de paragrafen over zorgaanbod uiteengezet welke aantallen van de nu nog werkzame tandartsen en mondhygiënisten nog werkzaam zullen zijn in 2025, op grond van alleen de demografische ontwikkelingen. Een

²⁰ Bron: samenvatting advies Commissie Innovatie Mondzorg. In dat rapport was nog sprake van mondartsen (afgestudeerden aan de nieuwe 6-jarige opleiding), en mondzorgkundigen (opgeleid aan de nieuwe 4-jarige opleiding). Inmiddels zijn deze aanduidingen van beide beroepsgroep weer ‘teruggeschoefd’ naar tandarts en mondhygiënist.

vergelijking van die gegevens met bovenstaande aantallen van de tandartsen en mondhygiënisten is interessant.

4.4 Onderzoeken taakherschikking

Ondanks de indicatie uit het rapport van de Commissie Innovatie Mondzorg dat er forse taakherschikking mogelijk is, was er moeilijk zicht te krijgen op de mate waarin het proces van taakherschikking zich nu in de praktijk aan het voltrekken is. In 2009 zijn enkele onderzoeken verricht naar taakherschikking. Het eerste betrof een onderzoek naar Tijdsbesteding in de Mondzorg in opdracht van het Capaciteitsorgaan²¹. Doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in de uitgevoerde verrichtingen per type beroepsbeoefenaar en de daaruit voortvloeiende tijdsbesteding per cliëntgroep en taakgebied. Tevens zijn in het onderzoek praktijkvormen waar mondhygiënisten werken afgezet tegen het totaal van praktijkvormen. Het onderzoek heeft laten zien dat de tandartsen een dominante positie blijven innemen op taakgebieden die ook goed bediend kunnen worden door mondhygiënisten en/of preventieassistenten. Tandartsen nemen zelf nog veel van het preventieve werk voor hun rekening. Wel is er, in de vergelijking die gemaakt werd tussen de jaren 2004 en 2008, een toename gesignaleerd van taken die tandartsen delegerden naar mondhygiënisten en preventieassistenten van 28% naar 44%. Zeer opvallend was echter dat het toegenomen aandeel uitbestede taken voor het grootste deel terecht kwam bij de preventieassistenten. Taakherschikking van de tandartsen naar de mondhygiënisten nam zelfs iets af, terwijl taakherschikking naar de preventie-assistenten een grote vlucht nam. Opmerkelijk was voorts dat mondhygiënisten werkzaam binnen een tandartspraktijk een breder palet aan werkzaamheden verrichtten en in een wat grotere frequentie dan mondhygiënisten buiten de tandartspraktijk. Dit is een bevestiging van een aanbeveling die de Commissie Innovatie Mondzorg deed met de uitspraak 'samen onder één dak'. Het tweede onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het CBOG, en betrof met name de mate van draagvlak voor taakherschikking bij de betrokken landelijke beroepsorganisaties, de heersende verwachtingen en wensen, en de condities en prikkels die taakherschikking bevorderen dan wel belemmeren. Een belangrijke constatering in dit rapport was dat vanwege de pluriformiteit van de beroepsgroepen in de mondzorg en de grote mate van individuele vrijheid bij het invullen van het takenpakket, in het rapport aangeduid als een 'free-for-all' situatie, er weinig consensus bestaat over de vorm en meerwaarde van taakherschikking²². Ook wordt genoemd dat financieel-economische motieven een rol spelen in de praktijk van taakherschikking. Ook het feit dat het ontbreekt aan een partij die van bovenaf stuurt richting taakherschikking zou een factor van belang zijn. Het is zeer wel denkbaar dat deze en andere factoren een remmende werking hebben op het proces van taakherschikking richting mondhygiënisten.

²¹ Z. Berdowski, P.H. Eshuis, Tijdsbesteding Mondzorg, IOO, 2009

²² A. van der Kwartel en I. Bloemendaal, Taakherschikking in de mondzorg, pp45-48, Prismant, 2009

Overigens moet opgemerkt worden dat het hierbij gaat over taakherschikking in de 'brede' vorm, dat wil zeggen dat hierbij ook taakherschikking van preventieve handelingen is inbegrepen. Maar zelfs van deze taakherschikking in brede zin kan geconstateerd worden dat dit stagneert als het gaat om verschuiving van werk naar de mondhygiënist. Daarnaast is het de vraag of het begrip taakherschikking wel van toepassing is op de preventieassistent. Taakherschikking veronderstelt immers structurele overdracht van werk aan een andere discipline die daar zelfstandig aan kan werken. Bij de preventieassistent kan beter gesproken worden over taakdelegatie. Interessant in dit verband is ook het onderzoek wat in 2009 in opdracht van het Capaciteitsorgaan is uitgevoerd onder consumenten, met als titel 'De eerstelijns mondzorg door consumenten bekeken'²³. Doel van dit onderzoek was om inzicht te verkrijgen in het huidige en toekomstige gedrag van (potentiële) gebruikers van mondzorg, aangeboden door tandartsen en mondhygiënist. Hierbij betrof het drie gebieden, namelijk het zorggebruik en de taakverdeling binnen de mondzorg, het kennisniveau van zorggebruikers over kwaliteit en kosten van de mondzorg, en de opvattingen over de mondzorg en de taakverschuivingen daarbinnen. Het onderzoek betrof een enquête onder 1500 leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het Nivel. Uit dit onderzoek is gebleken dat het merendeel van de patiënten is ingeschreven bij de klassieke tandartspraktijk, zonder aanwezigheid van veel andere beroepen dan de tandarts. De ervaring met mondhygiënist en preventieassistenten is nog beperkt: 27% van de dentate bevolking heeft ervaring met de mondhygiënist en 11% met een preventieassistent. Voor consumenten is de meerwaarde van de mondhygiënist – en deels ook de preventieassistent - gelegen op het terrein van instructie met betrekking tot mondhygiëne: bij de tandarts komt dit aspect veel minder aan bod. Verder komt behandeling van primaire cariës en kleine caviteiten door de mondhygiënist nog nauwelijks voor. Uit een aantal voorgelegde stellingen komt naar voren dat de meeste consumenten een stabiele voorkeur hebben voor de tandarts boven de mondhygiënist. Hierbij moet wel aangetekend worden dat bij patiënten die ervaring hebben met een mondhygiënist deze voorkeur minder uitgesproken is: in het algemeen geldt dat de mondhygiënist in de beleving van de consument niet zozeer de plaats van de tandarts inneemt alswel deze aanvult. Deze gegevens bieden niet voldoende grond om een voorspelling te doen over de mate en de vorm van de taakverschuiving in de mondzorg. Bovendien geldt bij een consumentenonderzoek altijd de kanttekening dat het perspectief van de consument onvolledig kan zijn. Wel zijn de eerste aanwijzingen uit dit consumentenonderzoek dat de ontwikkeling van taakherschikking niet snel zal doorzetten wanneer het zorggebruik van de mondhygiënist tot een minderheid van de consumenten beperkt blijft.

4.5 Opleiding mondhygiënist 'nieuwe stijl' en bijscholing 'oude stijl'.

Uit bovenstaande paragraaf is gebleken dat het proces van taakherschikking zoals beoogd door de Commissie Innovatie Mondzorg, in een zeer traag tempo verloopt.

²³ J. Hansen, M. van der Maat, R. Batenburg, De eerstelijns mondzorg door consumenten bekeken, Nivel, 2009

Oorzaken hiervoor zijn gelegen in de sterke opkomst van de preventieassistenten als ondersteunende beroepsgroep, de pluriformiteit in de wijze waarop de aanbieders van mondzorg de praktijk organiseren, die samenhangt met de grote mate van vrijheid die zij daarin hebben. Daarnaast speelt ook het perspectief van de consument een rol, die vanuit een tamelijk klassiek paradigma kijkt naar de mondzorg. Zoals al in hoofdstuk 2 toegelicht is de opleiding voor mondhygiënist in 2002 uitgebreid van 3 naar 4 jaar, met de intentie dat mondhygiënist daarin ook geschoold zouden worden in het behandeling van primaire cariës en kleine caviteiten. In 2006 is de eerste lichting 4-jarig opgeleiden op de markt gekomen. In het in paragraaf 4.4 genoemde onderzoek 'Tijdsbesteding in de Mondzorg' kunnen nog maar weinig van de 4-jarig opgeleide mondhygiënist meegenomen zijn. Het onderzoek betreft mogelijke verschillen tussen 2004 en 2008. Er zijn in 2008 pas drie cohorten van de nieuwe opleiding afgestudeerd. Juist die groep mondhygiënist nieuwe stijl is geschoold om primaire cariës te behandelen, en heeft daarmee de deskundigheid en bevoegdheid om eenvoudige restauratieve verrichtingen uit te voeren. Naarmate deze groep groeit zal er meer capaciteit bij de mondhygiënist ontstaan voor curatieve verrichtingen, en daarmee voor taakherschikking in 'smalle' zin, dat wil zeggen het herschikken naar de mondhygiënist van licht curatieve taken zoals de behandeling van primaire cariës, van oudsher exclusief het domein van de tandarts. De vraag is echter in welk tempo en in welke mate taakherschikking op dit terrein zal plaatsvinden van tandarts naar mondhygiënist. Ook daarbij zullen thema's als draagvlak, wensen, condities en prikkels een rol spelen.

Van belang in dit verband is het onderzoek naar bijscholing onder de mondhygiënist 'oude stijl' dat in 2009 is uitgevoerd in opdracht van het Capaciteitsorgaan²⁴. De 2- en 3-jarig opgeleide mondhygiënist hebben de mogelijkheid om, behalve bijscholing op wetenschappelijk gebied, verschillende bijscholingen te volgen waarin ze bekwaamheid ontwikkelen tot het verrichten van curatieve handelingen. Het is zelfs mogelijk voor hen om het bachelortraject te volgen aan de Hogeschool van Utrecht. Voor dit laatste kiest echter slechts een heel klein percentage. Overigens was al eerder, in 2005, een peiling uitgevoerd door de NVM naar de belangstelling van 2- en 3-jarig opgeleide mondhygiënist voor bijscholing op restauratief gebied. Die peiling in 2005 gaf aan dat ongeveer 45% van de respondenten van plan of bereid was om het nascholingsprogramma dat hen bekwaam zou maken tot het uitvoeren van restauratieve verrichtingen, geheel of gedeeltelijk te volgen²⁵. Het onderzoek in 2009 wees echter uit dat slechts 17,6% van de 2- en 3-jarig opgeleide mondhygiënist tot 2009 bij- of nascholing had gevolgd of deze aan het volgen was, zodanig dat ze restauratieve verrichtingen konden uitvoeren bij volwassenen en/of bij kinderen. Wel gaven daarnaast nog mondhygiënist aan dat ze zich verder wilden bijscholen in de toekomst. Zou het percentage van 17,6% nog toenemen met deze laatste groep, dan zou dat uiteindelijk betekenen dat in 2019 26,7% van het huidige aantal mondhygiënist oude stijl restauratieve verrichtingen

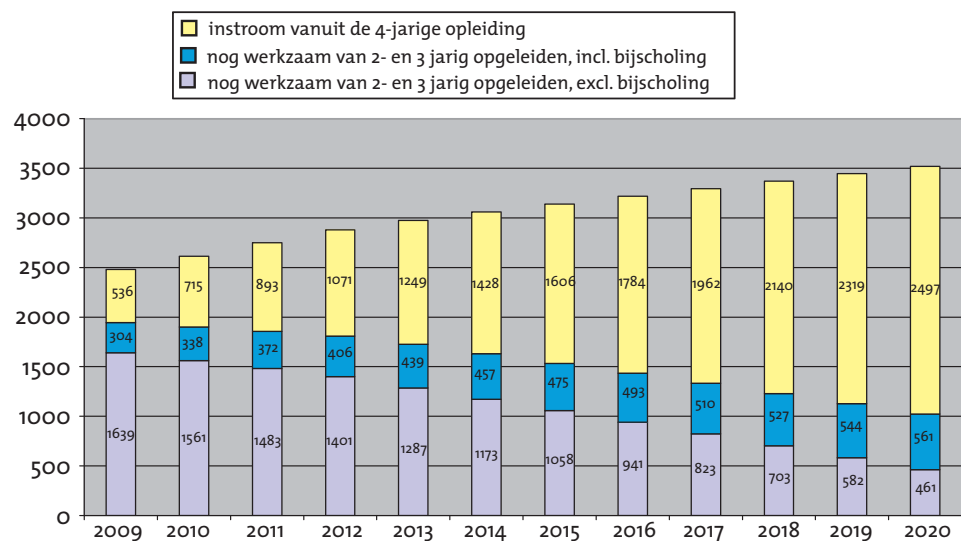
²⁴ F. van der Velde, F. Verijdt, Behoeftte aan bijscholing onder mondhygiënist, Prismant, 2009

²⁵ Hierbij dient overigens aangetekend te worden dat destijds geen correctieve analyse heeft plaatsgevonden van de non-respons, die 50% was.

zou kunnen uitvoeren. In werkelijkheid volgde dus een beduidend lager percentage dan het percentage dat in 2005 voornemens was bijscholing te volgen.

De ontwikkeling van de beroepsgroep van mondhygiënisten ziet er, uitgaande van continuering van een instroom van 300, op grond van de gegevens uit het onderzoek van 2009 als volgt uit, gespecificeerd naar de oud- en nieuw-opgeleide mondhygiënisten, en onderscheiden in hen die de bijscholing wel en hen die deze niet hebben gevolgd.

Figuur 13: Ontwikkeling mondhygiënisten nieuwe stijl en bijgeschoolden oude stijl



Bron: Nivel en Prismant

Wat opvalt in bovenstaande figuur is dat van de 2- en 3-jarig opgeleide mondhygiënisten een relatief klein percentage interesse heeft in het behandelen van cariës en kleine caviteiten. Kennelijk geeft het grootste deel van de oud-opgeleiden de voorkeur aan preventieve behandelingen. Deze groep krijgt echter, zoals gezegd, toenemende concurrentie van de preventieassistent.

Verder is te zien dat in 2012 meer dan de helft van de mondhygiënisten, een kleine 1.500, bekwaam zal zijn op het terrein van primaire caviteiten. Begin 2020 zijn het er al ruim 3.050, de grote meerderheid dus. De aanwas van deze groep vindt voornamelijk via natuurlijk verloop van in- en uitstroom plaats. Of zij deze vaardigheden ook regelmatig toepassen zal echter afhankelijk zijn van de tandarts en de perceptie van de consument.

4.6 Trends in tandartspraktijken

Het is daarom van belang nog enkele trends uit de tandartspraktijken onder de loep te nemen en deze te relateren aan taakherschikking. In hoofdstuk 3 zijn deze al aan de orde gekomen. Zoals we hebben gezien is gebleken dat veel tandartsen nog ruimte hebben voor nieuwe patiënten. Het lijkt onwaarschijnlijk dat ze dan werk zullen overdragen naar de mondhygiënist. Verder hebben we gezien dat de solo-praktijken nog steeds een fors deel uitmaken van de tandartspraktijken. Het is wel zo dat het aantal solopraktijken in 11 jaar is gedaald met 12% en het aantal

tandartspraktijken met meer praktijkmedewerkers is gestegen met 7%. Deze beweging neemt echter nog niet zo'n vlucht dat daar veel ruimte zal ontstaan voor de mondhygiënist. Bovendien lijkt deze ruimte grotendeels ten goede te komen aan de preventieassistent, zoals we eerder hebben gezien. Daarnaast is het ook moeilijk in te schatten wat de precieze gevolgen zullen zijn van deze schaalvergroting. Schaalvergroting biedt bijvoorbeeld meer mogelijkheden voor differentiatie, wat tevens zou aansluiten bij de toenemende vraag naar meer tandheelkundige behandeling op het terrein van de parodontologie, implantologie, endodontologie en kroon- en brugwerk. Als tandartsen meer gaan differentiëren zal dit het wellicht weer gemakkelijker maken om delen van de kern van hun werk over te laten, zoals de preventie. We hebben bovendien gezien dat schaalvergroting gepaard gaat met een afname van het aantal patiënten per fte tandarts. Ook dat kan wijzen op behandelingen die intensiever, complexer en meer divers worden, waardoor meer tijd nodig is per patiënt. Ook daar bestaat de kans dat de preventie verschoven wordt. Echter, de vraag blijft of die preventie bij de mondhygiënist of bij de preventieassistent komt te liggen.

4.7 Conclusie

Uit de bespreking van taakherschikking in dit hoofdstuk is een aantal opvallende conclusies te trekken. In de eerste plaats dat het proces van taakherschikking zoals dat beoogd was in het rapport van de Commissie Innovatie Mondzorg, zich in een traag tempo voltrekt. Bovendien moet daarbij opgemerkt worden dat de herschikking voor zover vastgesteld vanuit de verwijzingen van tandartsen vooral gaat in de richting van preventieassistenten en niet van mondhygiënisten. Dit wordt tevens bevestigd op grond van de perceptie en het daarop gebaseerde keuzepatroon van de consument. Daarbij komt dat er, in de huidige pluriforme organisatie van de mondzorg en de grote mate van vrijheid bij het inrichten daarvan, geen consensus is over wijze en mate van taakherschikking. Daarbij heeft onderzoek aangetoond dat de tandarts in grote mate gekozen heeft om werk te delegeren naar de preventieassistent.

Ten tweede hebben we gesignaleerd dat met de huidige instroom van 300 mondhygiënisten een gestage toename zal plaatsvinden van mondhygiënisten die bekwaam zijn tot het behandelen van cariës en kleine caviteiten. Hoewel de animo bij de oud-opgeleide mondhygiënisten om zich bij te scholen voor curatieve verrichtingen met wellicht 25% bescheiden is, zal in 2020 toch de grote meerderheid van de beroepsgroep bekwaam zijn tot curatieve handelingen. Op grond van onder andere bovengenoemde belemmerende factoren is het echter de vraag in hoeverre zij in even groten getale ook werkelijk curatief zullen gaan werken. Gezien de continue groei van het aantal mondhygiënisten is de verwachting dat er wel ruimte ontstaat om een aantal preventieve taken die nu nog door de tandarts worden gedaan, meer over te gaan nemen.

Ten derde hebben we gezien dat zich een proces van schaalvergroting voltrekt in de mondzorg, wat mogelijkheden creëert voor complexere en tijdrovendere behandelingen en voor differentiatie onder tandartsen. Dit zou ruimte kunnen bieden om meer preventie over te hevelen naar de mondhygiënist dan wel de preventieassistent. Echter, de afname van solopraktijken gaat niet heel snel, en bovendien lijkt het reëel te

veronderstellen dat ook binnen deze samenwerkingspraktijken zich de tendens van de opmars van de preventieassistent zal voordoen.

Op grond van bovengenoemde gegevens gaan wij in dit advies vooralsnog uit van een beperkte mate van taakherschikking. Wij achten het reëel dat in 10 jaar tijd 15% van de ongecompliceerde verrichtingen van de tandarts verschoven zullen zijn naar mondhygiënist en preventieassistent. Dit lijkt ons mede reëel, rekening houdend met het feit dat de beroepsgroep van de tandartsen in aantal ruim 3 keer zo groot in omvang is als de beroepsgroep van de mondhygiënist en ook die van de preventieassistenten, waarbij er tevens een groot verschil is in arbeidstijd tussen de verschillende disciplines. Daarbij gaan we ervan uit dat de helft van deze taakherschikking ten goede zal komen aan de mondhygiënist en de helft aan de preventieassistent. Of dit bij de mondhygiënist daadwerkelijk zal optreden zal afhangen van de mate van acceptatie van de tandarts die mogelijk groter zal zijn als de mondhygiënist binnen zijn praktijk werkt. In het volgende hoofdstuk, dat de mogelijke varianten behandelt, wordt gewerkt met die percentages.

4.8 Taakherschikking van specialisten naar tandarts?

In het Capaciteitsplan 2008 is gesteld dat er geen taakherschikking zal plaats vinden van de beide specialismen, orthodontisten en kaakchirurgen, naar de tandartsen. Voor de onderbouwing wordt verwezen naar dit laatste rapport. In deze paragraaf is de vraag aan de orde of er tussentijds nieuwe inzichten zijn, die reden geven tot aanpassing van de adviezen.

Ter voorbereiding van het plan van 2008 zijn alleen voor de kaakchirurgen enkele beperkte studies verricht door Prismant in opdracht van het Capaciteitsorgaan. Bij de orthodontie was dit toen minder zinvol, vooral vanwege het groeiende aantal orthodontisten dat zich uit het specialisten register liet uitschrijven en vervolgens nog alleen tandarts was. Dit proces zette daarna door. Inmiddels heeft ongeveer de helft zich laten uitschrijven.

Ter voorbereiding van het voorliggende Capaciteitsplan Mondzorg 2009 zijn voor geen van beide specialismen nieuwe onderzoeken uitgezet en afgerond naar taakherschikking. Wel is een verkenning uitgezet om te zien of er meer zicht te krijgen valt over de ontwikkeling rond implantaten, die zowel door kaakchirurgen als een deel van de tandartsen worden ingezet. Zoals in hoofdstuk 2 over de positionering al is aangegeven is voor de kaakchirurgie de factor sociaal cultureel ten opzichte van het daarvoor uitgekomen Capaciteitsplan 2008 wat naar beneden bijgesteld en wel van 10 naar 8%. Dit is niet als taakherschikking beschouwd, maar als een onderdeel van de groeiende vraag, waar wat meer concurrentie van de tandarts verwacht werd. Het leek de moeite waard dit nader te onderzoeken bij leveranciers van implantaten en de verdeling daarvan over tandartsen en kaakchirurgen en mogelijke derden. Er is geen toegang gekregen tot deze gegevens. Vooralsnog worden er ook geen redenen gezien tot verdere bijstelling van dit onderdeel van het model.²⁶

²⁶ Bij het volgende integrale Capaciteitsplan, dat uitkomt eind 2010, zal het percentage voor de factor sociaal cultureel wellicht wel heroverwogen worden in verband met de mogelijke uitbreiding van werkzaamheden van kaakchirurgen, gelet op de verbreding van de naamgeving van dit specialisme naar de aangezichts chirurgie.

Zoals eerder aangegeven had het nieuwe 'Raamplan' voor de opleiding tot tandarts ook aanknopingspunten kunnen bieden aangaande de eenvoudige dento-alveolaire chirurgie. Dit plan biedt hierin geen nieuw inzicht.

Resteert de vraag wat de gedachtevorming hierover was in de Werkgroep Eerstelijns Mondzorg. De verwachting op dit terrein is dat er geen substantiële taakherschikking zal plaats vinden van de kaakchirurg naar de tandarts. De vakontwikkeling van de tandarts zal zich primair richten op de differentiaties. Daaronder valt de implantologie, waarmee al rekening is gehouden in het Capaciteitsplan 2008.

Daarnaast zal wellicht de vraag naar kaakchirurgie nog wat toenemen, in verband met de verbreding van dit specialisme naar de aangezichtschirurgie.

Tot slot wordt opgemerkt dat voor beide specialismen in de mondzorg in de loop van 2010 nieuwe ramingen zullen worden opgesteld, in het kader van het algemene Capaciteitsplan 2010, dat in voorbereiding is.

Conclusie:

Alles wegend zijn er geen nieuwe inzichten en onderzoeken die reden geven tot bijstelling van de adviezen uit 2008 ten aanzien van de twee specialismen in de mondzorg, orthodontie en kaakchirurgie.

5. Varianten

5.1 Inleiding

Het model van het Capaciteitsorgaan kent drie hoofdcompartimenten: vraag, aanbod en werkprocessen. Die compartimenten kennen weer diverse onderdelen, parameters. Op basis van beschikbare gegevens, of aannames daarvoor, kunnen de verwachte ontwikkelingen in de komende jaren in een aantal varianten gegroepeerd worden. De verschillende varianten komen tot stand door de parameters die van invloed zijn op de benodigde capaciteit in verschillende combinaties en gradaties mee te wegen. Vervolgens kan op grond van een overzicht van verschillende varianten overzichtelijker een oordeel worden gevormd over de benodigde instroom in de opleiding. Die instroom is een middel om voldoende capaciteit tot stand te brengen om te zorgen voor een evenwicht tussen vraag naar en aanbod van mondzorg in de toekomst.

De varianten komen hieronder aan de orde, telkens met een conclusie.

5.2 De beleidsarme basisvariant

In de basisvariant wordt alleen rekening gehouden met de demografische vraag- en aanbodontwikkelingen (huidige consumptie van mondzorg naar leeftijd en geslacht), met de opbouw van beide beroepsgroepen om aan de vervangingsvraag te voldoen²⁷ en met de huidige onvervulde vraag. Factoren als epidemiologie of taakherschikking wegen niet mee. Verondersteld wordt dat patronen in mondziekten niet veranderen en evenmin de werkwijzen van tandartsen en mondhygiënist en aanverwante disciplines. De basisvariant geeft zo aan wat bij verder ongewijzigd beleid de instroom zou moeten zijn. In aanvullende varianten worden andere factoren meegenomen, waardoor een goed beeld verkregen wordt van de invloed daarvan op de opleidingscapaciteit.

In paragraaf 3.2.2 is uiteengezet dat op grond van de demografische ontwikkelingen de vraag naar tandheelkundige zorg tussen 2008 en 2025 zal toenemen met 0,3% of zal dalen met 2,7%, afhankelijk van de onderliggende aannames²⁸. Demografische zorgvraagontwikkelingen hebben dus maar zeer beperkt invloed op de benodigde capaciteit. Wat betreft de ontwikkeling van het aanbod aan tandartsen, in paragraaf 3.1.5 is geschetst hoe op grond van de leeftijdsopbouw van de huidige 8.600 tandartsen er in 2015 nog 6.694 tandartsen over zijn van de huidige 8.600, in 2020 nog 5.106, en in 2025 nog 3.564, ofwel vanwege pensioen ofwel vanwege vertrek in een

²⁷ Voor de mondhygiënist is daarbij een keuze gemaakt voor de mate van uitstroom uit het vak. Die uitstroom is bekend voor de jaren vanaf ongeveer 1970. Daarin zijn perioden te onderscheiden met meer of minder uitstroom. De vraag was nu welke periode representatief zou zijn voor de komende jaren. In de pioniersfase van dit vak bleven meer mondhygiënist werken voor de pensioenleeftijd dan later. Daarnaast was in de jaren tachtig de vroegtijdige uitstroom groter dan in latere jaren. De uitstroom uit de meest recente periode is het meest waarschijnlijk bevonden. Het was bovendien een wat veiliger middenvariant.

²⁸ Zoals in paragraaf 3.2.2 staat vermeld is gekozen voor een stijging van 3% in 10 jaar.

eerdere loopbaanfase. In 12 jaar zijn er dus 3.494 tandartsen vertrokken en in 17 jaar 5.036. Dit komt neer op een gemiddelde jaarlijkse vervangingsvraag van ongeveer 296 tandartsen. In de periode tot 2015 ligt dit met 318 per jaar nog wat hoger.

Aan deze vervangingsvraag zal de komende jaren niet voldaan kunnen worden vanuit de Nederlandse opleiding. Daaruit zullen de komende jaren rond de 260 tandartsen op de arbeidsmarkt komen.

Na 2012, het jaar waarin bovendien geen nieuwe lichten afgestudeerden op de markt komt, daalt dit aantal naar rond de 200 (het rendement van de huidige instroom van 240 studenten in de opleiding). Op grond van de instroom van 240 zal, als er verder geen veranderingen plaatsvinden, het aantal tandartsen gestaag dalen. Hier lijkt dus extra ruimte te gaan ontstaan voor instroom uit het buitenland²⁹, dan wel voor taakherschikking, of een combinatie van beide.

In de basisvariant wordt ook de onvervulde vraag meegenomen, de vraag waar op moment van ramen niet aan voldaan wordt. De onvervulde vraag is vastgesteld op 1%, niet vanwege een nationaal tekort, maar vanwege regionale tekorten. Zo is bekend dat in sommige regio's een beperkt deel van de tandartsen geen nieuwe patiënten aanneemt.

Voor alle varianten zijn twee jaren gekozen als meetpunt voor het bereiken van evenwicht tussen vraag naar en aanbod van mondzorg, namelijk de jaren 2020 en 2025. Er is gekozen voor een eerste evenwichtsjaar in 2020. Zoals gebruikelijk bij ramingen van het Capaciteitsorgaan ligt de eerste horizon tien jaar na het eerste jaar waarin de hoogte van de instroom in de opleiding aangepast kan worden. Het jaar 2010 is de eerste mogelijkheid. Dit heeft consequenties voor beide opleidingen. De opleiding tot tandarts met een studietijd van zes jaar kent zo vier jaren om bij te sturen, namelijk 2010 tot en met 2013. Immers wie in 2014 aan de opleiding begint zal niet afgestudeerd zijn per begin 2020. De opleiding van vier jaar tot mondhygiënist heeft zes jaren om bij te sturen op de capaciteit in 2020. Als er bijvoorbeeld meer capaciteit moet zijn betekent dit dat er voor de tandartsen minder tijd is dan voor de mondhygiënist om dit te bereiken en wordt om die reden de instroom bij de tandartsen meer opgestuwd dan bij de mondhygiënist. Mikt men op 2025 voor evenwicht dan is er duidelijk meer tijd om bij te sturen. Voor tandartsen gelden dan de jaren 2010 tot en met 2018, ofwel een periode van negen jaar, voor mondhygiënist ontstaat nu een bijsturingsperiode van elf jaar.

Volgens de basisvariant, weergegeven in tabel 7 hieronder, zouden vanaf 2010 jaarlijks 583 studenten moeten starten met de opleiding tandheelkunde om een evenwicht te krijgen in het jaar 2020. Voor een evenwicht in het jaar 2025 kan volstaan worden met minder, maar nog steeds 500 studenten. Als de buitenlandse instroom ten dele wel ingecalculereerd wordt, dan is een instroom nodig van 389 voor evenwicht in 2020; voor een evenwicht in 2025 is een instroom nodig van 375 per jaar.

²⁹ In paragraaf 3.1.5 staat beschreven wat dan het beeld wordt in het aanbod tandartsen als de buitenlandse instroom wordt meegewogen. Als deze wordt meegewogen betekent dit uiteraard dat we toe kunnen met minder instroom uit de Nederlandse opleiding.

Voor de opleiding tot mondhygiënist geldt dat om een evenwicht te krijgen in het jaar 2020 de opleiding een aantal jaren zou kunnen sluiten. Voor een evenwicht in 2025 moeten jaarlijks 55 studenten starten met de opleiding. De instroom van 55 is voldoende. Daarmee wordt vooral aan de vervangingsvraag van mondhygiënist voldaan, ook al is deze duidelijk groter dan 55, en als zij verder blijven werken zoals zij momenteel doen. Dat het aantal van 55 duidelijk onder de vervangingsvraag ligt, komt omdat nog veel mondhygiënist in de pijplijn van de opleiding zitten met een instroom van jaarlijks 300.

Opgemerkt wordt verder dat er tot de evenwichts jaren een tekort aan tandartsen zou bestaan volgens deze variant en een overschot aan mondhygiënist, terwijl na de evenwichts jaren er juist een tekort aan mondhygiënist en een overschot aan tandartsen zou gaan ontstaan. Dit alles bij verder ongewijzigd beleid.

Er is nog een ander verband uit deze tabel te halen in relatie tot de adviezen van de Commissie Innovatie Mondzorg. Deze Commissie liet in de verbeelding van de toekomst de instroom uit het buitenland buiten beschouwing. Wordt deze werkwijze gevolgd dan is volgens onderstaande tabel voor 2025 een instroom nodig van 500 studenten tandheelkunde. Dit is 260 meer dan de door die Commissie geadviseerde instroom van 240. Bij de opleiding mondhygiëne is een instroom nodig volgens de tabel van 55. Dit is 245 minder dan de 300 die de Commissie aanraade. Dit lijkt dan een soort vervanging te zijn: 260 minder studenten die tandarts willen worden tegen 245 meer aanstaande mondhygiënist. Dit gaat echter niet op om drie redenen.

Mondhygiënist werken gemiddeld 0,7 fte en tandartsen gemiddeld 0,89 fte. Verder is het rendement van de opleiding tot mondhygiënist duidelijk lager dan die tot tandarts. In de derde plaats stoppen meer mondhygiënist en doen zij dit ook vroeger dan de tandartsen. Er is mogelijk nog een vierde reden. Als mondhygiënist aanzienlijk uitgebreider werken dan de tandarts, in het geval zij taken van de tandarts overnemen, besteden zij meer tijd aan verrichtingen dan die tandarts. Hierop wordt in het hoofdstuk taakherschikking en dat met de eindafwegingen teruggekomen.

Tabel 7: Basisvariant instroom opleidingen

	Evenwicht in 2020	Evenwicht in 2025
Ta zonder buitenlanders	583	500
Ta met deel van buitenlanders	389	375
Mondhygiënist	0	55

Conclusies:

- Volgens de beleidsarme basisvariant moeten er 375 tot 583 studenten jaarlijks aan de opleiding tot tandarts beginnen; dit is beduidend meer dan de huidige instroom van 240, die de Commissie Innovatie Mondzorg adviseerde.
- Zou men de instroom van buitenlandse tandartsen negeren dan is tenminste een instroom van 500 nodig, ruim het dubbele van de huidige instroom van 240.
- Bij de mondhygiënist kan voor 2025 volstaan worden met een instroom van 55.
- De adviezen van de Commissie Innovatie Mondzorg met een instroom van 240 bij de opleiding tot tandarts en van 300 bij die tot mondhygiënist waren beleidsrijk.

5.3 Lage en hoge combinatievarianten

Voor andere varianten dan de basisvariant geldt dat naast demografie van de bevolking, samenstelling van de beroepsgroep en onvervulde vraag andere factoren meegewogen worden. Voor deze factoren is telkens een lage en een hoge prognose gegeven. Waar de lage prognoses met elkaar worden gecombineerd is sprake van een lage combinatievariant, en voor de hoge van een hoge combinatievariant. Voor de combinatievarianten worden in de zorgvraag de factoren epidemiologie en sociaal-culturele ontwikkelingen meegenomen, en in het werkproces de factoren consultduur, patiëntgebonden tijd en vakontwikkeling. Arbeidstijdverandering en taakherschikking worden in deze combinatievarianten nog buiten beschouwing gelaten.

5.3.1 De lage combinatievariant

Zoals in paragraaf 3.2.3 geschetst werd, is een belangrijke epidemiologische ontwikkeling de teruggang in mondgezondheid van jongeren onder de 15 jaar (den Dekker, 2007), mede vanwege veranderende voedingspatronen en afnemende overheidsinspanningen voor collectieve preventie. Ook laat de mondgezondheid van gehandicapten en ouderen in de verpleeg- en verzorgingshuizen te wensen over. Volgens de lage prognose wordt verondersteld dat deze epidemiologische ontwikkelingen zullen leiden tot een bescheiden toename van de vraag naar mondzorg van 3% in 10 jaar. Dit geldt zowel voor de tandartsen als mondhygiënist. Zoals in paragraaf 3.2.4 besproken is de toename van het aantal ouderen dat een beroep zal doen op mondzorg een belangrijke sociaal-culturele ontwikkeling. Het aantal ouderen in Nederland zal de komende jaren groeien van ongeveer 2,5 naar bijna 4 miljoen, en waar zij in het verleden vaak kozen voor een gehele of gedeeltelijke prothese, wordt verwacht dat zij meer kiezen voor behoud van eigen tanden en uitgebreide gebitsbehandeling, mede omdat het opleidingsniveau toeneemt. Door de welvaart en de voortschrijdende behandeltechnieken zijn de mogelijkheden daartoe aanzienlijk verruimd. De verwachting is daarom dat onder oudere Nederlanders de vraag naar tandheelkundige behandeling de komende jaren zal groeien. In de lage schatting voor de capaciteit aan tandartsen wordt voor de parameter sociaal-culturele ontwikkeling uitgegaan van een toename van de vraag van 5% in 10 jaar. Voor de mondhygiënist hebben sociaal-culturele ontwikkelingen een grotere invloed. De afgelopen jaren was een gestage groei waarneembaar van de mondhygiënische zorg. Verwacht wordt dat de vraag naar de klassieke preventietaken van de mondhygiënist steeds meer zal toenemen. In de lage schatting wordt een toename verwacht van 25% in tien jaar. Dit lijkt hoog, maar is minder dan de groei in de voorgaande tien jaar.

Belangrijke ontwikkelingen in het werkproces zijn veranderingen in consultduur, patiëntgebonden tijd en vakontwikkeling. Wat betreft de patiëntgebonden tijd wordt er van uitgegaan dat, bij groei van het aandeel groepspraktijken met meerdere tandartsen en mondhygiënist, er meer tijd nodig zal zijn voor overleg, maar dat deze tijd weer gewonnen wordt door een efficiëntere werkwijze. Deze factor verandert dus niet zodanig dat deze van invloed is op de capaciteit. Verwacht wordt wel in de lage schatting dat door vakontwikkeling de zorgvraag zal toenemen met 3% in 10 jaar,

zowel voor de tandartsen als de mondhygiënisten. Als al deze lage schattingen worden gecombineerd in de lage combinatievariant komen we uit op een groei van de vraag naar zorg op basis van epidemiologische, sociaal-culturele en vakinhoudelijke ontwikkelingen van respectievelijk 3%, 5% en 3%, in totaal dus 11%, in 10 jaar voor de tandartsen, en 3%, 25% en 3%, in totaal 31%, in 10 jaar voor de mondhygiënisten. Het feit dat de vraag toeneemt in vergelijking met de basisvariant betekent uiteraard dat er meer tandartsen opgeleid moeten worden. Om een evenwicht te bereiken in 2020 zouden 851 tandartsen opgeleid moeten worden als de beschreven trends stoppen in 2018, dus na 10 jaar. Voor een evenwicht in 2025 moeten er 623 opgeleid worden vanaf 2010, als de trends stoppen. Voor mondhygiënisten geldt dat er voor een evenwicht in 2020 157 mensen opgeleid moeten worden en voor een evenwicht in 2025 159.

Hierboven is telkens gesproken over een ontwikkeling over een periode van 10 jaar. Zet deze ontwikkeling echter ook na die tijd door, dan spreken we van een doorgaande trend. Daarmee ontstaan meer alternatieve varianten. Lopen de trends door, eerst in 2018 en 2019 richting 2020 en daarna ook nog in de jaren 2020 tot en met 2024 richting 2025, dan moeten uiteraard nog meer tandartsen opgeleid worden: 941 voor een evenwicht in 2020, en 732 voor een evenwicht in 2025. Voor de mondhygiënisten geldt bij een doorgaande trend een instroom van 219 voor evenwicht in 2020, en 253 voor een evenwicht in 2025.

Tabel 8: Lage combinatievariant (LL), extra groei van vraag met 11% voor tandartsen en 31% voor mondhygiënisten, al dan niet met doorgaande trend

	Evenwicht in 2020	Evenwicht in 2025
Ta zonder buitenlanders, zonder doorgaande trend	851	623
Ta zonder buitenlanders, met doorgaande trend	941	732
Ta met deel van buitenlanders, zonder doorgaande trend	657	497
Ta met deel van buitenlanders, met doorgaande trend	747	606
Mondhygiënisten, zonder doorgaande trend	157	159
Mondhygiënisten, met doorgaande trend	219	253

Het zal duidelijk zijn dat als deze variant de toekomst goed beschrijft, en men verder blijft werken zoals men momenteel doet, het tekort aan tandartsen sterk zal toenemen als men blijft volstaan met een instroom in de opleiding van 240. Bij de mondhygiënisten ligt de instroom in een range van ongeveer 160 tot 250. Daar zouden onder dezelfde condities nog steeds overschotten ontstaan, als men een instroom van 300 zou handhaven.

Conclusies:

- **Als de vraag naar tandartsen in een periode van 10 jaar vanaf 2008 wat groeit met 11% moeten er nog aanzienlijk meer tandartsen opgeleid worden dan volgens de basisvariant en volstaat de huidige instroom van 240 nog minder.**

- Als de vraag naar de preventieve taak van de mondhygiënist behoorlijk sterk groeit met 31%, eveneens in een periode van 10 jaar, en deze doorzet richting 2025, dan nog kan volstaan worden met een instroom van ruim 250 en kan er een overschot ontstaan als men de huidige instroom van 300 zou handhaven.

5.3.2 De hoge combinatievariant

Worden van genoemde factoren de hoge schattingen aangehouden, dan geldt bij tandartsen voor epidemiologie een percentage van 6%, voor sociaal-cultureel een percentage van 10% en voor vakinhoudelijke ontwikkelingen een percentage van 6%, in totaal een groei van de vraag van 22% in 10 jaar. Bij mondhygiënisten zou de vraag nog veel sterker toenemen. Dit is niet waarschijnlijk bevonden. Bovendien zou de instroom in de opleidingen dermate stijgen dat bij voorbaat duidelijk is dat deze variant niet te realiseren is. De hoge combinatievariant wordt dan ook verder buiten beschouwing gelaten.

5.4 Arbeidstijdvariant

De arbeidstijdvariant houdt behalve met de hierboven genoemde factoren ook nog rekening met de verandering van de arbeidstijd. Het is goed denkbaar dat de arbeidstijd in het algemeen gaat dalen in de komende jaren, zowel van mannen als van vrouwen³⁰. De afgelopen jaren is dat een trend gebleken bij veel medische specialismen. Ook bij de huisartsen, een beroepsgroep die goed vergelijkbaar is met de tandartsen, is de trend van verkorting van de arbeidstijd al een aantal jaren gaande. Het lijkt daarom aannemelijk dat de arbeidstijd ook voor tandartsen gaat dalen, waarbij geldt dat juist in de komende jaren het nogal wat oudere tandartsen met een eenmanspraktijk zullen stoppen. Juist zij maken doorgaans langere dagen dan jongere tandartsen en tandartsen in loondienst. Een toename van het aantal tandartsen in loondienst zal waarschijnlijk een arbeidstijddaling tot gevolg hebben. Daarbij moet wel aangetekend worden dat deze factor moeilijk precies is in te schatten, vanwege het op handen zijnde experiment met de invoering van vrije tarieven binnen de mondzorg. Vrije tarieven kunnen juist weer leiden tot een toename van de arbeidstijd.

In de arbeidstijdvariant met arbeidstijdverkorting wordt ervan uitgegaan dat er in 10 jaar een verkorting van arbeidstijd optreedt van 2,5% voor de tandartsen, en van 2% voor de mondhygiënisten. Deze percentages komen dan bovenop de lage combinatievariant. Het mag duidelijk zijn dat als tandartsen en mondhygiënisten minder uren gaan werken er meer tandartsen en mondhygiënisten opgeleid moeten worden om aan de vraag te kunnen blijven voldoen. Dat is duidelijk te zien in tabel 9.

³⁰ De feminisering van het beroep van tandarts, zoals we dat hebben gesignaleerd in paragraaf 3.1.1, is niet verdisconteerd in de arbeidstijddaling, omdat deze al meegenomen is in de factor demografie. Het gaat bij arbeidstijdverkorting om een afname van arbeidstijd van beide seksen ten opzichte van het aantal fte dat ze in 2008 werken.

Tabel 9: Arbeidstijdvariant: lage combinatievariant (LL) zoals in tabel 2, met ATV van 2,5% voor tandartsen en 2% voor mondhygiënisten, al dan niet met doorgaande trend

	Evenwicht in 2020	Evenwicht in 2025
Ta zonder buitenlanders, zonder doorgaande trend	920	654
Ta zonder buitenlanders, met doorgaande trend	1036	797
Ta met deel van buitenlanders, zonder doorgaande trend	726	529
Ta met deel van buitenlanders, met doorgaande trend	842	672
Mondhygiënisten, zonder doorgaande trend	172	168
Mondhygiënisten, met doorgaande trend	242	273

Opgemerkt wordt dat bij een doorzettende trend van daling van de arbeidstijd nu voor een evenwicht in 2025 een instroom in de opleiding mondhygiëne nodig is van 273. Dit aantal benadert de huidige instroom van 300. In deze variant blijven beide disciplines op de klassieke wijze werken.

Er zouden dan echter als ook de tandartsen minder gaan werken en dit blijft doorzetten bijna 800 tandartsen opgeleid moeten worden zonder buitenlanders, dan wel ruim 670 als de instroom van een kleine 90 buitenlanders meegerekend wordt. Deze variant laat goed zien dat het risico van een groot tekort aan capaciteit in dit veld kan ontstaan als genoemde ontwikkelingen zich voordoen en er tussen tandartsen en mondhygiënisten geen taakherschikking plaats vindt. Een andere mogelijkheid is dat bij een tekort aan tandartsen Nederland nog aantrekkelijker wordt voor buitenlandse tandartsen.

Conclusies:

- Deze variant maakt nog duidelijker dat bij ongewijzigd beleid de huidige instroom in de opleiding tot tandarts van 240 nog meer tekort schiet.
- Bij de opleiding tot mondhygiënist nadert nu de benodigde instroom het huidige niveau van 300, als de arbeidstijd inderdaad daalt met 2% en deze trend zou doorzetten vanaf 2018 richting 2025.
- Zonder taakherschikking dreigt een tekort aan Nederlandse tandartsen en wordt Nederland nog aantrekkelijker voor buitenlandse tandartsen.

5.5 Varianten met inzet van aanverwante disciplines

Een belangrijke variabele in het werkproces, die tot nu toe nog buiten beschouwing is gebleven, is de factor taakherschikking. Op grond van verschillende prognoses betreffende de mate van taakherschikking is een aantal varianten doorgerekend. In de verschillende varianten wordt uitgegaan van een lage schatting van 5% en een hoge schatting van 15% taakherschikking. Voor de hoge schatting van 15% kan tevens een scenario gegenereerd worden waarin slechts de helft van die 15% wordt overgenomen door de mondhygiënisten, en de andere helft door de preventieassistenten. In het hoofdstuk over taakherschikking is melding gemaakt van de opkomst van deze laatste

beroepsgroep. Dat ook naar de (paro)preventieassistent taakherschikking plaats vindt is volgens het besproken onderzoek in het vorige hoofdstuk een realistisch scenario. Een extra factor die een rol zou kunnen spelen in het thema taakherschikking is een eventueel verschil in behandelingstijd tussen de tandarts en de mondhygiënist. Het zou kunnen zijn dat de consultduur bij een mondhygiënist voor eenzelfde verrichting als de tandarts langer is. Verondersteld mag worden dat de mondhygiënist meer aandacht aan preventie besteedt dan de tandarts. In de voorbereiding van deze raming is gesteld dat de mondhygiënist bij van de tandarts overgenomen taken mogelijk intensiever werkt dan de tandarts, ingegeven vanuit de sterk preventieve invalshoek van dit beroep. Het gevolg zou kunnen zijn dat deze handelingen 50% meer tijd nemen. Verder is het denkbaar dat door de toegenomen consultduur de tarieven voor de mondhygiënist hoger uit gaan komen dan die voor de tandarts voor deze handeling. In dat geval zal de tijdsbesteding van de mondhygiënisten weer onder druk komen. Mede tegen deze achtergronden is deze variant minder aantemelijk bevonden. Een voorbeeld komt wel aan de orde in de eindafweging. Hieronder wordt deze subvariant weggelaten. De hoofdredenering om de 50% meer tijd niet mee te nemen is dat de eigen werkwijze van de mondhygiënist al deels is meegenomen in de gestelde groei in de factor sociaal-cultureel van 25%. Er zou dan sprake kunnen zijn van een dubbeltelling. Hieronder volgen de relevante taakherschikkingvarianten.

De eerste variant gaat uit van 15% taakherschikking bij de tandarts en arbeidstijddaling bij beide disciplines. Die 15% is minder dan de Commissie Innovatie Mondzorg aannam, maar beduidend meer dan bij welke raming dan ook, die het Capaciteitsorgaan eerder opstelde.

Bij de mondhygiënist worden twee opties getoond: 15% of de helft daarvan. De andere helft gaat in dat laatste geval naar de (paro)preventieassistent. Een verschuiving van werk van 5 tot 7% komt wel voor bij andere ramingen.

In tabel 10 hieronder is te zien dat dan aanzienlijk minder tandartsen opgeleid kunnen worden. Bij enkele opties zakt de benodigde instroom onder de 300. Dan komt de instroom uit op ongeveer 275, ongeveer 15% meer dan het huidige niveau van 240. Bij de opleiding tot mondhygiënist klimt de instroom in alle opties boven het huidige niveau van 300.

Wordt gerekend met een deel van de instroom uit het buitenland en neemt men aan dat alle trends zijn uitgewoed in 2018 dan is bij de tandartsen een instroom nodig van 341 en bij de mondhygiënisten 333. In beide gevallen moet dan de instroom omhoog ten opzichte van het huidige niveau van 240 respectievelijk 300.

Tabel 10: Taakherschikkingvariant: 15% taakherschikking + lage combinatievariant + ATV van 2,5% voor tandartsen en 2% voor mondhygiënisten, al dan niet met doorgaande trend

	Evenwicht in 2020	Evenwicht in 2025
Ta zonder buitenlanders, zonder doorgaande trend	508	466
Ta zonder buitenlanders, met doorgaande trend	466	406
Ta met deel van buitenlanders, zonder doorgaande trend	314	341
Ta met deel van buitenlanders, met doorgaande trend	272	280
Mondhygiënisten, zonder doorgaande trend	776	506
Mondhygiënisten, met doorgaande trend	1103	1055
Mondhygiënisten, zonder doorgaande trend, met helft 15% taakherschikking toebedeeld	467	333
Mondhygiënisten, met doorgaande trend, met helft 15% taakherschikking toebedeeld.	666	652

Conclusies:

- In alle opties moet de instroom in beide opleidingen (flink) omhoog.

Een wat mildere versie ontstaat als men aanneemt dat de arbeidstijd niet daalt.

Neemt men dezelfde opties als hierboven dan moet de instroom nu zijn 314 voor de tandartsen en 322 voor de mondhygiënisten.

Er zijn nu echter ook opties zichtbaar voor de tandartsen waarin men volstaan kan met de huidige instroom, dan wel nog wat minder. Dan vertrouwt men er op dat alle trends waaronder die van taakherschikking met 15% doorzet vanaf 2018 richting 2025.

Tabel 11: Taakherschikkingvariant: 15% taakherschikking + lage combinatievariant, geen ATV, al dan niet met doorgaande trend

	Evenwicht in 2020	Evenwicht in 2025
Ta zonder buitenlanders, zonder doorgaande trend	449	439
Ta zonder buitenlanders, met doorgaande trend	388	357
Ta met deel van buitenlanders, zonder doorgaande trend	255	314
Ta met deel van buitenlanders, met doorgaande trend	194	232
Mondhygiënisten, zonder doorgaande trend	736	484
Mondhygiënisten, met doorgaande trend	1048	985
Mondhygiënisten, zonder doorgaande trend, met slechts helft 15% taakherschikking toebedeeld	446	322
Mondhygiënisten, met doorgaande trend, met slechts helft 15% taakherschikking toebedeeld.	633	619

Conclusies:

- Heeft men vertrouwen in een proces van doorgaande taakherschikking en verwacht men geen arbeidstijddaling dan is bij de tandartsen de huidige instroom van 240 toereikend of nog wat aan de hoge kant.
- Bij mondhygiënisten moet men tenminste een instroom realiseren van 322.

5.6 Conclusie

Er is een grote bandbreedte zichtbaar geworden in wat nodig is voor beide opleidingen. De keuzes die gemaakt moeten worden aangaande toekomstige ontwikkelingen zijn nauwelijks gefundeerd op empirie in de afgelopen jaren. Dit is reden te meer om in het volgende hoofdstuk eerst de belangrijkste onzekerheden te bespreken.

6. Onzekerheden

6.1 Inleiding

Zoals in rapport op diverse plaatsen is aangegeven laat de betrouwbaarheid van belangrijke basisgegevens met betrekking tot de huidige situatie te wensen over. Verder bestaan er grotere onzekerheden met betrekking tot sommige historische ontwikkelingen. Tot slot worden belangrijke beleidsveranderingen voorzien in de nabije toekomst, waarvan nog onduidelijk is wat de effecten zijn op de vraag naar en het aanbod van mondzorg en de achterliggende werkprocessen. De mogelijke beleidsontwikkelingen komen eerst aan de orde, daarna de onzekerheden.

6.2 Beleidsontwikkelingen

Voor het ramen van de toekomstige capaciteit van beroepsgroepen is het van belang te bezien of zich beleidsontwikkelingen (gaan) voordoen die van invloed zijn op die capaciteit. Enkele beleidsvoornemens, die relevant kunnen zijn en momenteel bekend zijn, worden hieronder besproken.

Experiment marktwerking

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft de Minister van VWS aangeraden een experiment te beginnen met marktwerking en daarbij horende vrije tarieven voor de hele eerstelijns mondzorg, waaronder de orthodontie.³¹ De NZa stelt dat er weliswaar regionale tekorten aan tandartsen bestaan, maar dat er toch voldoende aanbod is om te mogen verwachten dat er geconcurrereerd gaat worden op prijs en kwaliteit. Alvorens de markt vrij te geven, dient er wel eerst transparantie te komen voor de consumenten ten aanzien van de verrichtingen en prijzen. Dit bepaalt ook het jaar dat dit experiment gaat starten. De Minister heeft aangegeven eerst die laatste ontwikkeling af te wachten, alvorens een beslissing te nemen.

Tarieven spelen vermoedelijk wel een rol in beslissingen van aanbieders van zorg en patiënten/consumenten. Voor deze raming is in opdracht van het Capaciteitsorgaan onderzoek gedaan door het Nivel naar opvattingen van de consument over de aanbieders van zorg en is tevens gezocht naar de gevoeligheid van die consumenten voor de prijs.³² In de mondzorg speelt in dat kader iets bijzonders. Met uitzondering van jongeren tot 21 jaar is het grootste deel van de mondzorg niet (meer) verzekerd in de basisverzekering in de Zorgverzekeringswet. Daarom is het opmerkelijk dat een grote meerderheid zich vrijwillig aanvullend verzekerd heeft.³³ Verder wordt vermoed dat een deelverklaring voor de nogal stevige stroom van verwijzingen van tandartsen naar kaakchirurgen voor het trekken van (verstands)kiezen verband houdt met het gegeven dat de kaakchirurgie grotendeels opgenomen is in de basisverzekering. Verder is al eerder vermeld dat nogal wat orthodontisten hun registratie lieten doorhalen. Dit hield verband met een stevige tariefsverlaging voor orthodontisten,

³¹ NZa, Visiedocument bekostigingsstructuur mondzorg, Utrecht, 2009

³² J. Hansen, M. van der Maat, R. Batenburg, De eerstelijns mondzorg door consumenten bekeken, Nivel, 2009

³³ 77%

waarna voor vergelijkbare verrichtingen het ongewijzigde tarief voor de tandarts hoger uitviel. Dit zijn aanwijzingen dat ook binnen de mondzorg prijs een rol speelt.

Uit het hiervoor genoemde onderzoek van het Nivel en ook uit onderzoek door TNS Nipo, in opdracht van de NZa³⁴ is gebleken dat de consument weinig inzicht heeft in de verrichtingen en prijzen. Het onderzoek van het Nivel gaat wat dieper in op wat consumenten weten over de verschillende aanbieders en hoe ze deze waarderen. De hoofdlijn is dat ze de tandarts centraal stellen. Echter naarmate de opleiding van de consument hoger is waarderen zij ook de mondhygiënist als een eigenstandige discipline, en des te meer naarmate men ervaring daarmee heeft opgedaan. Uit enkele vragen over mogelijke prijsverschillen tussen de tandarts en de mondhygiënist blijkt enige gevoeligheid, in die zin dat, als men de mondhygiënist waardeert maar deze duurder is dan de tandarts, men terugvalt op de tandarts. Deze situatie is niet denkbeeldig. Juist omdat de mondhygiënist vanuit een preventieve inzet werkt, doet zij langer over handelingen die ook de tandarts verricht. Zo kan het zijn dat daarom in het eventuele experiment de vraag naar mondhygiënisten afneemt, dan wel minder sterk groeit en/of de prijs gaat dalen. Dit laatste kan ook gelden voor de tandartsen door een sterkere onderlinge concurrentie.

Een neveneffect van prijsdaling kan zijn dat de arbeidstijd van betrokken disciplines gaat toenemen. Op grond hiervan zijn, vergeleken met de ramingen voor medische specialisten, extra varianten in dit rapport opgenomen, die uitgaan van een toename van de arbeidstijd in tegenstelling tot de door onderzoek vastgestelde trend bij medisch specialisten.

In dit rapport is aan de orde gekomen dat het Capaciteitsorgaan van oordeel is dat er een klein tekort is aan tandartsen. Dit is mede vanwege een relatief grote uitstroom uit het buitenland. Het tekort is vooral regionaal en geldt slechts voor enkele regio's. Ook de NZa komt tot deze constatering en stelt dat dit geen belemmering hoeft te zijn voor marktwerking. Hier kan vast aan toegevoegd worden dat tandartsen, orthodontisten en mondhygiënist niet een volle werkweek werken. Op de achtergrond is er zo veel meer capaciteit beschikbaar. Het volume aan aanbod is flexibel.

Omdat het experiment nog niet door de Minister van VWS is vastgesteld en, als het doorgaat, nog onduidelijk is wat de effecten op capaciteit zullen zijn, is ook om deze reden de voorliggende raming voor de mondzorg onzeker.

Opleiding mondhygiënist en mogelijke maatregelen aangaande het interne rendement

Van de studenten die daadwerkelijk beginnen aan de opleiding tot mondhygiënist en niet uitvallen in de eerste maanden, haalt ongeveer 60% de eindstreep. Dit zogenaamde 'interne rendement' is geleidelijk gedaald, mede omdat de doorstroom uit MBO-opleidingen bevorderd is vanwege wat mildere toetredingscriteria voor hen dan anderen die aan de opleiding beginnen. Bij monde van OC&W overweegt de minister HBO-scholen in brede zin ruimte te bieden om eigen toetredingscriteria te

³⁴ E. Hendriks, Consumenten aan de tand gevoeld, TNS Nipo, 2009

gaan opstellen. Dit speelt op de achtergrond mee en kan belangrijke consequenties hebben voor het advies van het Capaciteitsorgaan over de hoogte van de instroom in deze opleiding. Zeer recent is een signaal ontvangen dat het intern rendement nog weer verder gedaald zou zijn. Ook dit onderwerp keert terug in het laatste hoofdstuk 'Eindafwegingen', en wel bij het afsluitende onderdeel 'signalen voor beleid'.

Raamplan opleiding tot tandarts³⁵

Medio 2009 is door de betrokken universiteiten een 'Raamplan' voor de opleiding tot tandarts uitgebracht. De opzet is globaal omdat het moest aansluiten op EU-richtlijnen. Uit dit plan kan niet afgeleid worden hoeveel tijd aan verschillende inhoudelijke onderdelen besteed gaat worden. Wel is duidelijk dat de opleiding onder andere extra aandacht zal schenken aan wetenschap en communicatie.

6.3 Onzekerheden

De onzekerheden worden weer gegroepeerd volgens het model met zijn drie compartimenten, waar omheen een schil staat, waaruit (beleids)invloeden kunnen komen op die compartimenten.

Vraag

Op grond van demografische gegevens over de consumptie van mondzorg zal de vraag zich niet sterk ontwikkelen en mogelijk zelfs dalen. Uiteindelijk is voor deze factor gekozen voor een bescheiden toename van 3% in tien jaar. Voor de factor sociaal cultureel wordt voor de mondhygiënist en tandartsen wel een aanzienlijke stijging van de vraag gepostuleerd en wel in totaal van 30% in tien jaar vanaf 2008. Dit percentage, dat hoog is, ook vergeleken met andere ramingen, is gebaseerd op twee aannames.

Allereerst is er een empirische grond. Worden namelijk de demografische gegevens per leeftijdsgroep uitgesplitst dan wordt een duidelijke stijging gezien bij de groep van 45 tot 60 jaar. Verwacht wordt dat deze cohorten dit gedrag ook gaan vertonen als zij de zestig passeren. Daarbij komt dat van de toekomstige generatie tamelijk goed voorspeld kan worden dat een veel groter aantal het eigen gebit nog zal hebben dan de huidige generatie ouderen.

De tweede basis zijn algemene voorspellingen, dat de Nederlandse bevolking richting 2020-2025 aanmerkelijk rijker (in het bijzonder weer de mensen van 60 en ouder) en hoger opgeleid zal zijn dan voorheen. De bevolking wordt daarmee ook mondiger en kritischer en zal hogere eisen gaan stellen aan de kwaliteit van de geboden zorg. Bijzonder is de gekozen verdeling van de verwachte groei van de vraag van 30%. Daarvan is gesteld dat 5% bij de tandarts toeneemt en 25% bij de mondhygiënist. De gedachte hierachter is dat voor het behoud van het eigen gebit de aandacht voor de parodontologische kanten van het vak van tandarts gaat toenemen.³⁶ De tandarts zal daarbij veel ondersteunend werk daarvoor overlaten aan de mondhygiënist. Dit is

³⁵ VSNU, Raamplan tandheelkunde, 2009

³⁶ In andere landen in de EU, waaronder België, bestaat de parodontologie als specialisme. In Nederland is dit (nog?) een differentiatie.

geen taakherschikking van de tandarts naar de mondhygiënist in engere zin. De verwachting is dat het grootste deel van de groeiende vraag naar dit soort mondzorg wordt weggevangen door de mondhygiënist. Overigens is niet uit te sluiten dat een deel van die toegenomen vraag niet bij de mondhygiënist terecht komt maar bij de preventieassistent, als tandartsen aan deze laatste discipline de voorkeur (blijven) geven. Voor de bovenstaande verdeling pleit dat het aantal mondhygiënisten de komende jaren duidelijk gaat toenemen, gelet op relatief grote instroom in de opleiding van 300 ten opzichte van de aantallen die uitstromen uit het vak.

Aanbod

Binnen dit compartiment zijn twee onderdelen waarover grotere onzekerheid bestaat.

In de eerste plaats betreft dit de buitenlandse tandartsen. Van degenen die zich hebben laten inschrijven is niet bekend of zij werken. Als ze werken is niet bekend hoeveel ze werken. Naar verluidt werkt een deel van de Belgische tandartsen overdag partieel in Nederland en 's avonds in de eigen praktijk weer terug over de grens. Verder is bekend dat een deel weer terugkeert, maar is nog onduidelijk na hoeveel jaar. Ook is bekend dat buitenlandse tandartsen ook in Nederland werken zonder ingeschreven te staan. Dit kan, mits er toezicht is van een wel erkende tandarts. Het totale aanbod aan tandartsen is gesteld op 8.600 personen. Dit is vermoedelijk aan de lage kant, omdat dit vooral gebaseerd is op de wel geregistreerde buitenlanders. Als het werkelijke aanbod groter is dan is de vraag waaraan voldaan moet worden kennelijk groter en zouden in alle varianten (wat) meer tandartsen opgeleid moeten worden.

In de loop van 2010 zal hopelijk meer inzicht verkregen worden in beide groepen van buitenlanders op grond van onderzoek.

De tweede grote onzekerheid in het aanbod betreft de factor arbeidstijdverandering (ATV). Twee zaken worden nog eens uitgelicht. Enerzijds is de patiëntgebonden tijd bijzonder stabiel gebleven in de afgelopen jaren, terwijl het aantal vakantiedagen wat is toegenomen.

Op grond hiervan zou deze factor nauwelijks van invloed moeten zijn. Anderzijds zijn er twee trends die aanwijzingen geven dat bij de tandartsen mannen en vrouwen minder gaan werken. De eerste is een algemene trend bij veel medische specialismen, in het bijzonder bij huisartsen, waarmee tandartsen goed te vergelijken zijn. Zelfs waar vrouwelijke huisartsen al duidelijk minder werkten dan de mannelijke zijn zij in de afgelopen jaren nog weer wat minder gaan werken. Het tweede harde gegeven is dat het aantal patiënten per fte in groepspraktijken veel lager ligt dan in solopraktijken.³⁷ Deze bevinding is nog moeilijk te interpreteren in relatie tot het hierboven gemelde gelijk blijven van de patiëntgebonden tijd. Bekend is namelijk dat het aandeel solopraktijken geleidelijk wat is afgenomen. Het kan zijn dat in praktijken met meer tandartsen de consultduur langer is, omdat men complexere handelingen

³⁷ Het begrip 'solopraktijk' is gedefinieerd naar het aantal tandartsen in een praktijk zonder daarin andere disciplines te betrekken.

verricht en/of andere disciplines als de mondhygiënist en de (paro)preventieassistenten een rol spelen.

Als echter de analogie met de huisarts opgaat dan mag verwacht worden dat bij het verder afnemen van de solopraktijk het werkoverleg gaat toenemen en er meer parttime gewerkt gaat worden dan momenteel al gebeurt en dat dit in zekere mate ook geldt voor de mondhygiënisten.

Werkproces

De grootste onzekerheid in dit compartiment betreft de factor taakherschikking. In het vorige hoofdstuk is geconstateerd dat volgens een bepaald onderzoek taakherschikking in de periode 2004-2008 doorzette naar de (paro)preventieassistent, maar stagneerde naar de mondhygiënist. Uitgaande van dit onderzoek kan men stellen dat de hoge verwachtingen van de Commissies, uitgesproken in 2000 en 2006, niet zijn uitgekomen. Hieronder wordt bij de afwegingen toch met enige taakherschikking rekening gehouden. Dit is gebaseerd op de aanname dat de komende jaren steeds meer mondhygiënisten met een vierjarige opleiding afstuderen, er meer zittende mondhygiënisten bijgeschoold worden en de bekendheid met de mondhygiënist onder de bevolking gaat toenemen.

Beleidsinvloeden

Het model kent een schil om de drie compartimenten heen van waaruit invloeden uitgeoefend kunnen worden op de vele parameters. Deze kunnen van meer algemene aard zijn, zoals opvattingen over parttime werken, dan wel meer specifiek voor de mondzorg, al of niet gestuurd vanuit landelijke beleid.

Het duidelijkste voorbeeld van beleid vormt het advies van de NZa om tot marktwerking te komen in de eerstelijns mondzorg, met inbegrip van de orthodontie. De effecten daarvan zijn nog moeilijk te voorspellen, maar kunnen betrekking hebben op allerlei onderdelen van het model. Niet onbelangrijk is dat daarbij ook interactie kan optreden tussen factoren in het model. Als bijvoorbeeld de prijzen stijgen, gaat de tandarts dan minder werken en neemt dan taakherschikking toe? Verder is het denkbaar dat bij het loslaten van de tarieven voor bestaande verrichtingen meer innovatie tot stand komt, waardoor meer nieuwe technieken geïntroduceerd gaan worden en de vraag mogelijk meer zal toenemen. Als het experiment marktwerking in gang gezet wordt zullen de mogelijke effecten vanuit het Capaciteitsorgaan gevolgd gaan worden.

7. Eindafwegingen

7.1 Inleiding

De onzekerheden gaven aanleiding tot het opstellen van wat meer varianten dan gebruikelijk bij de ramingen van het Capaciteitsorgaan. De belangrijkste varianten, die naar het oordeel van het Capaciteitsorgaan betekenisvol zijn voor de voorliggende vraagstukken, worden hieronder nog een keer gepresenteerd.

Deze varianten vertonen naar het oordeel van het Capaciteitsorgaan een patroon en geven zo een richting aan wat benodigd is aan instroom in de opleidingen. Een duidelijker uitspraak kan pas gegeven worden als een deel van de onzekerheden door middel van nadere studies, zo mogelijk af te ronden in de loop van 2010, kleiner is geworden.

Tot slot worden in een apart kader enkele signalen voor beleidsmakers afgegeven. Deze toevoeging is tamelijk uitzonderlijk. Het Capaciteitsorgaan tracht de ontwikkeling van de behoefte aan toekomstige capaciteit te beoordelen en beperkt zich vervolgens tot adviezen met betrekking tot de hoogte van de instroom. Het is daarna aan de politiek om beslissingen daarover te nemen. Er zijn echter twee vraagstukken die een sterk beleidskarakter hebben en van grote invloed kunnen zijn op de capaciteit en/of de hoogte van de instroom in de opleidingen. Deze worden afsluitend in een apart kader gepresenteerd.

7.2 Belangrijke varianten

Allereerst wordt de *basisvariant* opnieuw getoond. Deze variant gaat er vanuit dat er niets verandert in de werkwijze van tandartsen en mondhygiënist. Het is de meest beleidsarme variant. Er wordt rekening gehouden met veranderingen in de vraag naar mondzorg op grond van wijzigingen in de demografie van de bevolking, waarbij als uitgangspunt dient hoe de huidige bevolking mondzorg consumeert naar leeftijd en geslacht. Ook wordt rekening gehouden met de samenstelling van de beroepsgroepen naar leeftijd en geslacht, de zogenaamde 'vervangingsvraag'. Tot slot wordt de factor 'huidige onvervulde vraag' in deze variant meegenomen, waarmee met name uitgedrukt wordt of er momenteel een tekort aan tandartsen en/of mondhygiënist bestaat. Zoals eerder aangegeven is voor beide disciplines het tekort bescheiden³⁸. Daarnaast zijn enkele keuzes gemaakt uit subvarianten. Zo is bij de mondhygiënist gekozen voor een variant, waarbij de lagere uitstroom van cohorten die stopten in de periode 1978 tot en met 1982 is weggelaten. Het is aannemelijk bevonden, dat de pioniers onder de mondhygiënist afwijken van

³⁸ Men zou kunnen stellen dat er een groot tekort is aan mondhygiënist. In menig regio zijn zij immers niet te vinden en mede daardoor is de opkomst van (paro)preventieassistenten te begrijpen. Er waren twee redenen om het percentage voor de factor 'huidige onvervulde vraag' voor de mondhygiënist net als bij de tandarts laag te houden. Allereerst is het (nog) zelden de patiënt zelf die om een mondhygiënist vraagt. Het overgrote deel wordt doorverwezen door de tandarts. In de tweede plaats is een stevige groei van de vraag verondersteld in een volgende variant. Zou men ook de onvervulde vraag hoog stellen dan bestaat het gevaar van dubbeltellingen.

latere cohorten, die wat vroeger met de uitoefening van hun vak zijn gaan stoppen. Bovendien is het een middenvariant en daarmee wat veiliger, in die zin dat er dan niet te weinig wordt opgeleid. Deze keuze geldt voor alle onderstaande varianten. Bij de tandartsen wordt uitgegaan van een huidig aanbod van 8.600, inclusief een schatting van de buitenlandse tandartsen, die in Nederland werkzaam zijn. Vervolgens worden voor deze beroepsgroep twee subvarianten getoond. Allereerst komt aan de orde wat de instroom in de opleiding moet zijn als de toekomstige instroom van buitenlandse tandartsen volledig buiten beschouwing wordt gelaten. Binnen het Capaciteitsorgaan groeit de opvatting dat Nederland zelfvoorzienend moet zijn. Daarnaast wordt zichtbaar gemaakt wat nodig is als volgens een gebruikelijke methode een deel van de instroom wel wordt meegerekend, en wel volgens een aanpak die is toegepast voor de anesthesiologie. Dit medische specialisme kent de hoogste instroom in het vak uit het buitenland in verhouding tot het aandeel dat uit de Nederlandse opleiding geregistreerd wordt; en dan nog steeds is die verhouding beduidend minder dan bij de tandartsen. De methode behelst twee aspecten. Allereerst wordt voor de instroom uit het buitenland, zoals die bekend is uit registraties vanuit voorgaande jaren, de helft meegenomen als instroom voor de komende jaren. Dit is voor de tandartsen de helft van gemiddeld 178, ofwel 89. Daarnaast wordt verondersteld dat die buitenlandse tandartsen eerder uitstromen uit het vak dan de Nederlandse tandartsen. Aannemelijk is namelijk dat een deel na verloop van tijd terugkeert naar hun land van herkomst. Ook deze aanpak geldt voor alle varianten hieronder. De voor de basisvariant benodigde instroom in de opleidingen wordt hieronder getoond in tabel 12.

Tabel 12: Benodigde instroom in opleidingen volgens basisvariant voor twee evenwichtsjaren

	Evenwicht in 2020	Evenwicht in 2025
Ta zonder buitenlanders	583	500
Ta met deel van buitenlanders	389	375
Mondhygiënist	0	55

Tabel 12 laat zien dat bij de tandartsen een instroom in de opleiding nodig is van 375 tot 583. Deze uitkomsten zijn afhankelijk enerzijds van de vraag of buitenlanders voor een deel meegeteld worden dan wel geheel buiten beschouwing blijven, anderzijds voor welk jaar van evenwicht men kiest. Het is evident dat aanzienlijk meer opgeleid moet worden, als men de buitenlanders volledig buiten beschouwing laat, dan in het geval dat een deel meegerekend wordt. Er is bijna 200 meer instroom nodig dan in de variant zonder buitenlanders, als men koerst op 2020 en 125 meer als men de voorkeur geeft aan 2025.

Verder is opvallend dat bij de mondhygiënist de opleiding enige tijd stilgelegd zou kunnen worden, dan wel volstaan zou kunnen worden met een instroom van 55. Hier is de situatie precies omgekeerd. Dit aantal ligt ver onder het huidige niveau van 300.

De tabel illustreert verder twee belangrijke aspecten. Allereerst is duidelijk dat volgens deze beleidsarme variant de instroom in de opleiding tot tandarts veel hoger zou moeten liggen dan de huidige instroom in de opleiding tot tandarts van 240. Ook als men zou vertrouwen op een blijvende instroom uit het buitenland van bijna 90 tandartsen per jaar, dan nog is een instroom nodig van 375 tot 389. Gaat men uit van 375 dan zou dit een toename zijn van 135, ofwel van 56%. Bovendien ligt het aanzienlijk hoger dan de instroom in de opleiding van 300, zoals die nog gerealiseerd werd in 2006 en voorgaande jaren. In de tweede plaats geeft deze ophoging bij de tandartsen, gecombineerd met de lage instroom in de opleiding tot mondhygiënist aan, dat de bestaande instroom van 240 tandartsen en 300 mondhygiënist gebaseerd zijn op beleidsrijke adviezen van de Commissie Innovatie Mondzorg. Deze Commissie verwachtte een sterke verschuiving van werk van de tandarts, vooral naar de mondhygiënist en voor een deel ook naar de preventieassistent.

Een tweede gebruikelijke variant is de zogenaamde *lage combinatievariant*. Daarin wordt aangenomen dat zich enkele trends voordoen in de vraag naar mondzorg, in de vakontwikkeling en in de epidemiologie in beide beroepen. Taakherschikking blijft nog buiten beschouwing, evenals mogelijke veranderingen in de arbeidstijd. Wordt uitgegaan van de combinatie van lage schattingen, dan is de veronderstelling dat de behoefte aan capaciteit van tandartsen bescheiden toeneemt voor deze factoren; tezamen in totaal 11% in tien jaar vanaf 2009 tot aan 2019, waarvan 5% voor de factor sociaal cultureel. Verwacht wordt, dat vooral ouderen meer zorg gaan vragen dan in het vorige decennium.

Bij de mondhygiënist wordt in deze variant verondersteld dat de behoefte aan capaciteit nog sterk verder zal toenemen; in totaal met 31% in tien jaar. Dit is vooral gebaseerd op een toename van de vraag met 25%. Het gaat dan om de klassieke taken van de mondhygiënist, vooral gericht op preventie. Dit kan als een realistische verwachting gezien worden. Het aantal mondhygiënist is de afgelopen tien jaar in totaal met ongeveer 50% toegenomen. Met de lage schatting van 25% wordt verwacht dat ook de preventieassistent een deel van de groei van de vraag op zich neemt, zoals door onderzoek is aangetoond voor vorige jaren.

De behoefte aan capaciteit bij beide disciplines tezamen neemt zo in totaal toe met 42% (31+11%) en daarvan neemt de mondhygiënist met 31% het grootste deel voor zijn rekening. Er vindt in deze variant geen taakherschikking plaats in engere zin. Met taakherschikking in engere zin wordt bedoeld dat mondhygiënist op het klassieke terrein van de tandarts, in het bijzonder op het gebied van cariës, werk overneemt. Wel is het aannemelijk dat allerlei handelingen van de tandarts, die niet verband houden met cariës, gaan afnemen. De tandarts krijgt zo ruimte voor complexere casuïstiek en zal zich meer gaan toeleggen op gedifferentieerde tandheelkunde. Gezien de sterke toename van de vraag in totaal wordt voor onderstaande variant verondersteld, dat deze trend zich alleen in de tien jaar vanaf 2008 tot 2018 voordoet en daarna uitdooft richting 2020-2025. Het lijkt verstandig eerst te bezien of die ontwikkelingen zich daadwerkelijk voordoen in de voorspelde mate en zo nodig later bij te stellen. Zo worden de varianten 'met doorgaande trends' in deze eindafweging buiten beschouwing gelaten. Dit is niet geheel zonder risico, vooral naarmate

opleidingen langer zijn, zoals die tot tandarts. Het aantal jaren van bijsturing op de capaciteit in het veld middels de hoogte van de instroom in de opleiding wordt namelijk kleiner gegeven een bepaalde gekozen horizon.

De benodigde instroom in de opleidingen voor de lage combinatievariant wordt hieronder getoond in tabel 13 voor dezelfde subvarianten bij de tandartsen aangaande de instroom uit het buitenland als hierboven.

Tabel 13: Benodigde instroom in opleidingen volgens lage combinatievariant voor twee evenwichts jaren zonder doorgaande trends vanaf 2019

	Evenwicht in 2020	Evenwicht in 2025
TA zonder buitenlanders	851	623
TA met deel buitenlanders	657	497
Mondhygiënisten	157	159

Tabel 13 toont dat de instroom bij de tandartsen sterk omhoog gaat vergeleken met de basisvariant, ook al neemt de behoefte aan capaciteit bij de tandartsen met 11% maar bescheiden toe. De instroom zou nu minimaal op 497 moeten liggen en maximaal op 851.

Bij de mondhygiënisten is in deze variant ook een duidelijk hogere instroom nodig dan volgens de basisvariant. Deze komt nu voor beide evenwichtsjaren uit op bijna 160. Dit is voldoende om te voorzien in een behoorlijk sterke groei van de capaciteit van 31%.

In alle gevallen toont de lage combinatievariant voor de mondhygiënisten dat men minder zou kunnen opleiden dan de 300 die vanaf 2002 tot nu toe jaarlijks aan de opleiding begonnen. Volledigheidshalve wordt gemeld dat als de trends toch zouden doorzetten richting 2025 een instroom nodig is van 250. Dit bevestigt dat een instroom van 300, zoals in 2006 nog bekrachtigd door de commissie 'Innovatie Mondzorg', kan voorzien in een combinatie van groei van deze discipline en taakherschikking van het (klassieke) werk van de tandarts naar de mondhygiënist.

De volgende variant beziet wat de instroom in de opleidingen moet zijn in het geval er *arbeidstijdverandering* gaat optreden bij mannen en/of vrouwen, los van de vraag of het aandeel vrouwen gaat toenemen. Deze laatste werken, net zoals bij de medische specialismen, duidelijk minder fte per week dan de mannen. Stappen er meer mannen dan vrouwen uit het vak, dan moet men om die reden de instroom in de opleiding navenant ophogen. Dit is reeds verwerkt in de basisvariant.

In het algemeen veronderstelde het Capaciteitsorgaan bij de ramingen voor de medisch specialisten een daling van de arbeidstijd. Dit is de afgelopen tien jaar ook daadwerkelijk naar voren gekomen, vooral bij de huisartsen en ook bij huisartsen die zelfstandig werkzaam zijn. Voor beide disciplines in de mondzorg trad dit fenomeen tot nu toe niet op, voor zover bekend. Voor de toekomst zijn drie opties denkbaar. De arbeidstijd blijft gelijk, daalt of neemt toe. Het is mogelijk dat de arbeidstijd bij de tandartsen gaat dalen, vergelijkbaar met de huisartsen, vooral omdat verwacht mag

worden dat in tien jaar het aandeel solisten sterk gaat afnemen. Dit maakt het mogelijk meer parttime te gaan werken. Mogelijk dat ook meer tandartsen dan nu (blijvend) voor een dienstverband zullen kiezen. Aan de andere kant is het denkbaar dat door marktwerking en druk op de tarieven de prikkel toeneemt om meer uren dan nu te gaan werken.

Ook voor mondhygiënisten gelden bovenstaande drie opties. Ook voor hen is enige daling het meest aannemelijk bevonden maar wat minder dan bij de tandartsen, omdat de arbeidstijd van 0,7 fte minder is dan het gemiddelde van de tandarts van 0,89 fte. Ongeveer twee derde van de mondhygiënisten werkt in dienstverband in één of meer praktijken. Als het aandeel zelfstandig gevestigde mondhygiënisten sterk gaat toenemen is het denkbaar dat ook bij hen door marktprikkels de arbeidstijd wat gaat stijgen.

Alles wegend is besloten tot een daling van 2% bij de mondhygiënisten en van 2,5% bij de tandartsen, beide weer in tien jaar tot 2018 en daarna uitdovend. Wat de benodigde instroom moet zijn wordt getoond in onderstaande tabel.

Tabel 14: Benodigde instroom in opleidingen volgens arbeidstijdvariant met daling van de arbeidstijd zonder doorgaande trend vanaf 2018

	Evenwicht in 2020	Evenwicht in 2025
TA zonder buitenlanders	920	654
TA met deel buitenlanders	726	529
Mondhygiënisten	172	168

Zoals blijkt uit tabel 14 moeten nu nog weer aanzienlijk meer tandartsen opgeleid worden, evenals wat meer mondhygiënisten. Uitgaande van een evenwicht in 2025 en rekening houdend met een instroom van bijna 90 tandartsen uit het buitenland moet de instroom liggen op 529. In de vorige tabel zonder arbeidstijddaling lag de instroom nog op 497. Dat wil zeggen dat bij een daling van 2,5% van de arbeidstijd de instroom omhoog moet met 32, ofwel met ruim 6%. Dit geeft aan dat bij een geringe wijziging in de arbeidstijd een veelvoud meer of minder opgeleid moet worden. Bij de mondhygiënisten gaat het bij evenwicht in 2025 om een toename van 159 naar 168. Dit is in absolute zin niet veel, maar bij 2% daling van de arbeidstijd moet de hoogte van de instroom toenemen met 9 ofwel ook met bijna 6%.

De hoogte van de instroom bij tandartsen, liggend in een range van 529 tot 920, verwondert niet. Deze beroepsgroep kan goed vergeleken worden met huisartsen, zowel qua grootte, als manier van werken, als aantallen patiënten per fte. Het advies in 2008 aangaande de instroom in de opleiding tot huisarts lag op 540 en zal binnenkort op grond van tussentijdse bevindingen, waaronder een verdere daling van de arbeidstijd, naar boven worden bijgesteld.

Tot slot zijn twee varianten van belang, die aangeven wat nodig is bij een zekere mate van *taakherschikking*. Zoals in het hoofdstuk over dit onderwerp is beschreven, blijkt uit een secundaire analyse door het IOO van gegevens van de NMT dat herschikking

van werk van de tandarts naar de mondhygiënist in de periode 2004-2008 stagneerde. Het ging daarbij om een brede vorm van taakherschikking. Dat wil zeggen, niet alleen op het klassieke terrein van de tandarts in de vorm van cariës. Zoals al eerder is aangedragen is een beperking van deze studie dat de verrichtingen van vierjarig opgeleide mondhygiënisten nog nauwelijks mee kunnen spelen. Immers er zijn nog maar enkele lichten van deze nieuwe opleiding afgestudeerd. Zij zijn wel geschoold op het terrein van cariës. Dit geldt overigens ook voor een klein, maar in de toekomst nog groeiend, deel van de zittende mondhygiënisten, die op dit terrein zijn nageschoold. Deze laatste groep vormt echter op langere termijn een steeds geringer aandeel, omdat zij geleidelijk toenemend gaan stoppen met werken. De vraag is nu hoeveel taakherschikking er in de toekomst op het (meer klassieke) terrein van de tandarts plaats zal vinden. Het is aannemelijk bevonden dat een deel van de nieuw opgeleide of bijgeschoolde mondhygiënisten hun vak dat sterk gericht is op preventie gaan uitbreiden naar curatie en daarmee wel degelijk taken van de tandarts zullen gaan overnemen.

In de tabellen hieronder wordt aangenomen dat in totaal 15% werk van de tandarts herschikt wordt in een periode van tien jaar. Dit is een bescheidener aanname dan indertijd gedaan is door de Commissie Innovatie Mondzorg. Van die 15% wordt vervolgens verondersteld dat daarvan de helft (7,5%) naar de mondhygiënist gaat en de andere helft naar de (para)preventieassistent.

Wat in dat geval nodig is aan instroom in de opleidingen van beide disciplines wordt getoond in tabel 15 hieronder. Daarbij wordt er van uitgegaan dat de arbeidstijd niet daalt.

Tabel 15: Benodigde instroom in de opleidingen volgens de variant taakherschikking zonder arbeidstijddaling en zonder doorzettende trend vanaf 2018

	Evenwicht in 2020	Evenwicht in 2025
TA zonder buitenlanders	449	439
TA met deel buitenlanders	255	314
Mondhygiënisten 1:1	446	322
Mondhygiënisten 1:1,5	591	403

De bandbreedte ligt volgens deze tabel voor de tandartsen nu tussen 255 en 449 en bij de mondhygiënisten tussen ruim 320 en ruim 590. Voor beide opleidingen zijn de ophogingen nu bescheiden, als uitgegaan wordt van de ondergrenzen: een ophoging van 240 naar 255 voor de tandartsen en van 300 naar 322 voor de mondhygiënisten. Voorts worden nu bij de mondhygiënisten twee subvarianten genomen. De eerste gaat er van uit dat zij een gelijke tijd als de tandartsen nemen voor het overgenomen werk. Dat zij in het algemeen meer aandacht aan preventie besteden dan de tandarts, wordt dan verondersteld al te zijn meegenomen in de sterke groei van 25% bij de factor sociaal cultureel. Deze variant wordt in de tabel vermeld met 1:1. De tweede variant gaat er vanuit dat zij de helft meer tijd nemen dan de tandarts. Zij combineren het curatieve werk veel meer dan de tandarts met preventie, de kern van

deze discipline. Dit wordt hieronder in de tabel aangeduid met 1:1,5. Een bezwaar tegen deze vermenigvuldiging met 1,5 is dat men zou kunnen stellen dat die eigen werkwijze van de mondhygiënist al verwerkt is in de relatief hoge schatting van de groei van de vraag sociaal cultureel met 25%.

De tweede variant met taakherschikking gaat er van uit dat bij beide disciplines de arbeidstijd wat daalt. Wat dan nodig is wordt getoond in tabel 16.

Tabel 16: Benodigde instroom in de opleidingen volgens variant taakherschikking met arbeidstijddaling voor twee evenwichts jaren zonder doorzettende trends vanaf 2018

	Evenwicht in 2020	Evenwicht in 2025
TA zonder buitenlanders	508	466
TA met deel buitenlanders	314	341
Mondhygiënisten 1:1	467	333
Mondhygiënisten 1:1,5	615	416

Te zien is in tabel 16 dat de instroom bij de opleiding tot tandarts ligt in de range 314-508. Dit is uiteraard wat meer dan in de vorige tabel 13 zonder arbeidstijddaling. De instroom in de opleiding tot mondhygiënist ligt nu tussen 333 en 615. Bij beide disciplines moet volgens de tabel (aanzienlijk) meer opgeleid worden dan momenteel. Kiest men voor de ondergrenzen, dan moet de opleiding tot tandarts opgehoogd worden van 240 naar tenminste 314 als buitenlandse tandartsen meegenomen worden, of naar 466 als dezen volledig buiten beschouwing blijven. Bij een instroom van jaarlijks 314 in de opleiding tot tandarts zullen er in 2020 in Nederland 8.461 tandartsen werkzaam zijn. Bij een instroom van 466 zullen er in 2025 8.463 tandartsen werkzaam zijn in Nederland. De instroom in de opleiding tot mondhygiënist zou verhoogd moeten worden van 300 naar tenminste 333. Doen zij langer over het werk dan de tandarts dan is tenminste 416 nodig. Bij een instroom van jaarlijks 333 zullen er in 2025 ongeveer 4.200 mondhygiënisten werkzaam zijn in Nederland. Bij een instroom van 416 zullen er in 2025 ongeveer 4.730 mondhygiënisten zijn.

Alvorens tot een eindafweging te komen is bij bovenstaande varianten nog een vergelijking op zijn plaats met de uitspraken van de Commissie Innovatie Mondzorg. De ondergrens van 255 in tabel 15 zit tamelijk dicht bij het advies van deze Commissie om voor de tandartsen de instroom te laten dalen van 300 naar 240. Die Commissie echter liet de instroom uit het buitenland bij de keuze voor 240 volledig buiten beschouwing. In de 255 van die tabel wordt verondersteld dat jaarlijks een instroom uit het buitenland plaats vindt van bijna 90 tandartsen.

Daarnaast kan gesteld worden dat als de arbeidstijd van mondhygiënisten niet daalt de Commissie met de uitspraak om de instroom vooralsnog op 300 te fixeren dicht bij de voorliggende berekening uitkomt. Met een instroom van 322 kan dit vak zowel wat

betreft de vooral preventieve benadering groeien als wat betreft de meer curatieve benadering. In welke mix dit zal zijn is nog niet te voorspellen. Blijven zij vooral preventief werken dan worden te weinig tandartsen opgeleid en is de kans op instroom van een groter aantal tandartsen uit het buitenland groter en/of ontstaat er een tekort aan tandartsen. Tot slot wordt nog in herinnering gebracht dat er geleidelijk minder solisten-tandartsen zullen zijn en de praktijken meer multidisciplinair zullen worden. Het is dan aannemelijk dat de arbeidstijd van alle disciplines wat gaat dalen en het aantal patiënten per tandarts/mondhygiënist gaat afnemen.

De laatste tabel vormt de basis voor onderstaande richting gevende adviezen. De afweging is dan dat men beter rekening kan houden met een daling van de arbeidstijd onder verwijzing naar de algemene trend bij de medisch specialisten. De daling van 2,5% voor de tandartsen en 2% voor de mondhygiënisten is in dat kader bescheiden.

7.3 Richtinggevende adviezen

Voor *tandartsen* geldt dat in alle varianten (aanzienlijk) meer opgeleid moet worden dan de huidige instroom van 240. Het minimum ligt volgens tabel 15 op 255. Dan wordt vertrouwd op een taakherschikking van 15% en vindt geen arbeidstijddaling plaats. Dit laatste is riskant, vooral omdat arbeidstijd moeilijk beleidsmatig te sturen valt.

Het daaropvolgende laagste niveau ligt op 314 volgens tabel 16, maar dan vindt wel een daling van arbeidstijd plaats en wel van 2,5%. Het aantal van 314 is mede interessant, omdat een instroom van 314 ook nodig is in de tabel 15, de tabel zonder arbeidstijddaling, maar dan voor evenwicht in 2025. Met andere woorden een instroom van 314 biedt ook dekking voor het geval de arbeidstijd toch gaat dalen. Wil men helemaal niet steunen op buitenlandse tandartsen, dan dient de instroom beduidend hoger te liggen en is het minimum 439 zonder arbeidstijddaling. Daalt de arbeidstijd wel, en dit is niet denkbeeldig, dan is de ondergrens 466. Beide laatste aantallen zouden de opleidingsinstellingen voor een grote opgave plaatsen.

Zo dringt zich een bandbreedte op van een benodigde instroom in de opleiding tot tandarts van 314 tot 466, afhankelijk van de mate waarin men zelfvoorzienend wil zijn ten opzichte van buitenlandse tandartsen.

Men moet zich hierbij realiseren, dat met een instroom van zo'n 314 men vertrouwt op een taakherschikking van in totaal 15%, waarvan de helft door mondhygiënisten opgepakt wordt, terwijl dit richting mondhygiënisten tot nu toe nog niet gebleken is uit onderzoek. Men kan deze redenering ook omdraaien. Zou men uitgaan van de ondergrens van 314 en als tegelijk de instroom uit het buitenland beperkt blijft tot een kleine 90 per jaar, dan ontstaat enige krapte aan tandartsen. Dit bevordert dat er (meer) taakherschikking tot stand komt, ook naar de mondhygiënisten. Echter, of die krapte werkelijk zal optreden is moeilijk te voorspellen. Het zal sterk afhankelijk zijn van de mate waarin in de toekomst tandartsen uit het buitenland zullen instromen.

Ook hierop valt moeilijk beleidsmatig te sturen, gelet op het vrije verkeer van personen in Europa.

Dit is het eerste dilemma in de afweging. Meer tandartsen opleiden zal de instroom in het buitenland vermoedelijk indammen, maar een consequentie kan zijn dat taakherschikking richting mondhygiënist een minder hoge vlucht zal nemen.

Aangaande *mondhygiënist* komt minder uitgesproken naar voren dat de instroom sterk omhoog moet. Uit de eerste tabellen is duidelijk geworden dat de huidige instroom van 300 veel meer is dan voor de kale vervangingsvraag nodig is. Pas als men inzet op taakherschikking van 7,5% van werk van de tandartsen naar mondhygiënist, een herschikking vergelijkbaar met allerlei andere ramingen van het Capaciteitsorgaan, dient de instroom (wat) opgetrokken te worden naar 322 voor evenwicht in 2025 als zij op een gelijke manier werken als de tandarts en de arbeidstijd niet daalt. Besteden zij in dat geval ook nog 50% meer tijd aan hun verrichtingen dan de tandarts dan is een instroom nodig van ruim 400.

Wil men op taakherschikking meer druk zetten, dat wil zeggen in kortere tijd die taakherschikking tot stand brengen en evenwicht bereiken in 2020, dan moet de instroom duidelijk omhoog en wel naar 446 tot 615.

Een niveau van ruim 500 is tegenwoordig haalbaar. De Commissie Innovatie Mondzorg kwam indertijd tot een instroom van 300, mede op grond van het toen bekende aantal aanmeldingen voor deze opleiding dat toen net voldoende was om een mogelijke instroom van 300 ook te realiseren. Achteraf bezien kan geconstateerd worden dat het aantal aanmeldingen rond die tijd al duidelijk aan het stijgen was. Alle tekenen wijzen er op dat taakherschikking naar mondhygiënist veel geleidelijker verloopt dan indertijd de Commissie Innovatie Mondzorg wenste/voorspelde. Bezien moet worden hoe dit proces verloopt als de vierjarig opgeleide mondhygiënist in grotere aantallen werkzaam zijn. Tegen deze achtergrond is de benodigde instroom voor 2025 een veiliger koers dan wat voor 2020 nodig is. Tot slot is het veiliger ook bij deze beroepsgroep rekening te houden met enige arbeidstijddaling. De benodigde instroom ligt dan in een range van 333 tot 416. Alvorens ook voor de mondhygiënist de conclusie te trekken dat (enige) ophoging van de instroom in de opleiding wenselijk is worden nog twee belangrijke kwesties besproken die op de achtergrond spelen en drie beleidsvraagstukken. Deze laatste keren terug in een kader met signalen.

Allereerst is het zo dat als men zou koersen op 2020 met een mogelijk wel haalbare instroom van 446 mondhygiënist dit waarschijnlijk grote onevenwichtigheden met zich mee zal brengen voor de opleidingsinstellingen. Voorzien kan worden dat een dergelijke hoge instroom later weer afgebouwd zal moeten worden. Bekend is dat grote schommelingen onwenselijk zijn. Ook op die grond lijkt het beter te kiezen voor 2025, met als consequentie dat groei van deze discipline en taakherschikking langzamer zal gaan. In de tweede plaats speelt dat bij taakherschikking van werk van de tandarts naar de mondhygiënist de instroom in de opleiding tot tandarts wel kan afnemen, maar dat daarvoor in de plaats duidelijk meer mondhygiënist opgeleid moeten worden. Als bij de tandarts 7,5% van het werk naar de mondhygiënist gaat en

dit vanuit de bestaande situatie uitgedrukt zou worden in tandartsen, dan gaat het om werk van 7,5% van 8.600 tandartsen, ofwel om werk van 645 tandartsen. Daarvoor moeten beduidend meer dan 645 mondhygiënisten opgeleid worden, deels omdat de mondhygiënisten korter werken dan tandartsen en deels omdat de carrière duur van de mondhygiënist korter is dan die van de tandarts. Bij een afname bij de tandartsen van 7,5% is een toename van 35% mondhygiënisten (het vijfvoudige) nodig. Uitgedrukt in de huidige situatie met ongeveer 2.340 mondhygiënisten zouden dan bijna 820 meer van deze discipline werkzaam moeten zijn. Tegenover 645 tandartsen staan zo 820 mondhygiënisten. Dit is 27% meer. Dat wil zeggen dat bij vervanging van tandartsen ruim een kwart meer mondhygiënisten nodig zijn. Het is denkbaar dat de mondhygiënist anders werkt dan de tandarts, als ze werkzaamheden van deze discipline overneemt. De mondhygiënist heeft immers een preventieve benadering en zal ook bij het behandelen van cariës deze benadering volgen, waardoor het geheel meer tijd kost dan bij de tandarts. Als dit speelt dan wordt de verhouding nog veel ongunstiger is. Dit is het tweede dilemma.

Wat de twee beleidsaspecten betreft gaat het allereerst om de vraag waarom taakherschikking naar mondhygiënisten geen hoge vlucht heeft genomen. Het Capaciteitsorgaan neemt geen positie in in de kwestie of taakherschikking goed of slecht is. Dit orgaan probeert alleen zo goed mogelijk te voorspellen en daarbij ook beleidsopvattingen van derden te betrekken. Beide Commissies hebben het teamconcept nogal sterk benadrukt en de Commissie Innovatie Mondzorg noemde daarbij ook nog allerlei randvoorwaarden. Onlangs heeft het College voor Beroepen en Opleiding in de Gezondheidszorg nog een onderzoek naar deze materie laten doen.³⁹ Dit rapport stelt voor om een landelijk platform op te gaan richten voor de mondzorg. Dit advies is door het CBOG overgenomen.⁴⁰ Of dit een goede aanpak is, is ook niet ter beoordeling van het Capaciteitsorgaan. In het kader hieronder met signalen wordt op deze materie kort teruggekomen.

De tweede beleidskwestie die aangereikt wordt is het betrekkelijk lage rendement van 60% van de opleiding tot mondhygiënist. Dit is gezakt naar dit niveau vooral sinds de doorstroming vanuit het MBO-niveau is bevorderd en de studenten vanuit deze opleidingen bij de gewogen loting een zekere mate van voordeel genieten. Inmiddels is meer dan 70% van de instroom in de opleiding van MBO-niveau, terwijl een deel van degenen die van HAVO of VWO kandidaat zijn afvallen.

Bij het verkennen van beleidsvoornemens kwam bij het Ministerie van OC&W naar voren dat voor de HBO-opleidingen in brede zin de scholen mogelijk eigen toetredingscriteria mogen gaan toepassen. Wat dit zou kunnen betekenen komt met een voorbeeld van een mogelijk verbetering naar 65% eveneens aan de orde bij de signalen.

³⁹ Taakherschikking in de Mondzorg, A. van der Kwartel, I Bloemendaal, Prismant, juni 2009.

⁴⁰ CBOG, brief d.d. 16 juli 2009.

Tegen bovenstaande achtergronden is het naar het oordeel van het Capaciteitsorgaan zeker niet zinnig te streven naar een instroom van ruim boven de 400 in de opleiding tot mondhygiënist. Omgekeerd zou handhaving op 300 vooruitlopen op verbetering van het interne rendement van de opleiding.

Uit de verschillende opties komt naar voren dat de instroom in de opleiding tot mondhygiënist om enige ophoging vraagt. Zonder rekening te houden met verbetering van het interne rendement ligt de bandbreedte tussen 333 en 416.

Eindconclusies

- **Bovenstaande bandbreedtes van 314 tot 466 voor de instroom in de opleiding tot tandarts en van 333 tot 416 voor de instroom in de opleiding tot mondhygiënist vormen eerste indicaties, dat het naar het oordeel van het Capaciteitsorgaan verstandig is de instroom in beide opleidingen te gaan ophogen, zo mogelijk al in 2010, in afwachting van een nader advies.**
- **Er zijn geen nieuwe redenen naar voren gekomen om te komen tot bijstelling van de adviezen voor de tandheelkundig specialisten. Voor de opleiding tot kaakchirurg blijft het advies om een instroom van 13 te realiseren en voor die tot orthodontist 9.**

Beleidssignalen

Taakherschikking en samenwerking

Initiatieven om te komen tot een betere samenwerking tussen tandarts en mondhygiënist kunnen voorkomen dat de mondhygiënisten die geschoold zijn in behandeling van vormen van primaire cariës de opgedane vaardigheden niet kunnen toepassen en dat de vierjarige opleiding voor mondhygiënisten wat dit aspect betreft zijn doel voorbijschiet.

Verbetering rendement opleiding mondhygiënist

Tegen boven geschetste achtergrond is gezien hoe hoog het niveau moet zijn als het rendement verbetert. Bij een bescheiden verbetering van 60% naar 65% ligt de benodigde instroom voor evenwicht in 2025 op 297 in plaats van 322, als mondhygiënisten het werk van tandartsen 1:1 overnemen. Doen zij er de helft langer over dan ligt bij 65% de instroom op 372 in plaats van 403. De bandbreedte voor de instroom met verbetering van het interne rendement ligt daarmee op afgerond 300 tot 400.

Bijlage 1: Brief VWS

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsvoorwaardenbeleid

Stichting Capaciteitsorgaan
T.a.v. prof. dr. E. Schadé
Lomanlaan 103
3526 XD UTRECHT

INGEKOMEN	26.10.06
VOLGNUMMER	209
TE BEHAND. DOOR	
BEANTW.:	

VWS

Ons kenmerk
MEVA/NBO-2723009
Onderwerp
Raming Mondzorg

Inlichtingen bij
I. Been

Doorkiesnummer
74 05
Bijlage(n)

Den Haag
20 OKT 2006
Uw brief

Geachte heer Schadé,

De commissie Innovatie Mondzorg, onder voorzitterschap van de heer Linschoten, heeft een advies opgesteld over beroepsbeoefenaren in de mondzorg: de mondhygiënist, de tandarts en de tandheelkundig specialisten (zie bijlage I). Het advies is gericht op de competenties en inzet van de beroepsbeoefenaren in de mondzorg en beziet derhalve de huidige opleidingsstructuur. Omdat de opleiding voor de mondhygiënist reeds is aangepast heeft de commissie zich gericht op het ontwikkelen van een voorstel voor het aanpassen van de opleiding van de tandarts en op termijn de kaakchirurg. Het aanpassen van de competenties zal gepaard gaan met het aanpassen van de numerus fixus, omdat het de verwachting is dat de behoefte aan de beroepsbeoefenaren wijzigt. Het advies wordt gepresenteerd met ramingen, waarbij de commissie de aanbeveling doet om deze cijfers voor de lange termijn te laten verifiëren door het Capaciteitsorgaan. Het kabinet heeft deze aanbeveling van de commissie overgenomen (bijlage II).

In die context verzoek ik u om te komen met een voorstel voor een raming voor de mondzorg. Daar de raming consequenties kan hebben voor de opleidingscapaciteit, verzoek ik u in uw planning nadrukkelijk rekening te houden met het tijdpad dat u uittrekt voor deze raming. Om de opleidingscapaciteit op enigerlei wijze te kunnen beïnvloeden dient het advies een jaar voorafgaand aan het school- dan wel academisch jaar bekend te zijn. Het verdient daarom de voorkeur om een eerste raming medio 2007 beschikbaar te hebben. Graag verneem ik van u of dit haalbaar is.

Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG
Telefoon (070) 340 79 11
Fax (070) 340 78 34

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG

Correspondentie uitsluitend
richten aan het postadres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.

Internetadres:
www.minvws.nl

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad
2
Kenmerk
MEVA/NBO-2723009


VVFCS

Wellicht ten overvloede wil ik u er op wijzen dat een dergelijk verzoek in de toekomst via het College voor Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) zal worden ingediend.

Ik zie een plan van aanpak voor de gevraagde raming graag tegemoet. Mocht u tijdens de voorbereiding behoefte hebben aan overleg, dan kunt u te allen tijde contact opnemen met mijn medewerkers.

Hoogachtend,

de directeur Macro-Economische Vraagstukken
en Arbeidsvoorwaardenbeleid,


drs. Th.W. van Uum

cc. mevrouw mr. W. Sorgdrager (a.i. voorzitter CBOG)

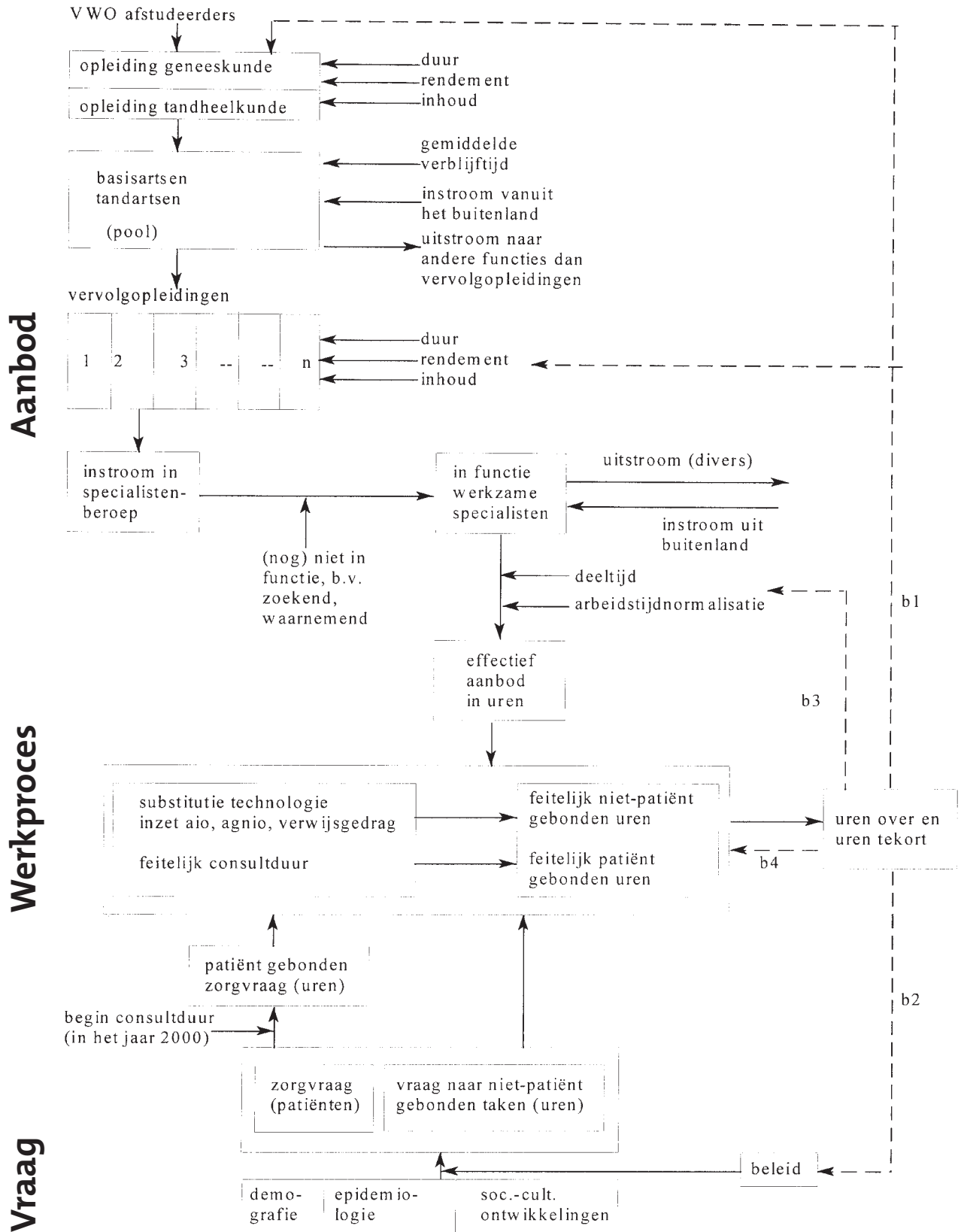
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG
Telefoon (070) 340 79 11
Fax (070) 340 78 34

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG

Correspondentie uitsluitend
richten aan het postadres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.

Internetadres:
www.minvws.nl

Bijlage 2: Model Capaciteitsorgaan



Bijlage 3: Procedure en betrokken experts

Procedure

Voor de structuur onder het Plenair Orgaan is besloten is tot de instelling van twee Werkgroepen en daarboven een Kamer Mondzorg. Het gaat daarbij om de Werkgroep Eerstelijns Mondzorg (ELM) en de Werkgroep TandHeelKundig Specialisten (THKS). De beide Werkgroepen zijn betrokken geweest bij het opstellen van het Capaciteitsplan 2009 voor de tandheelkundige vervolgopleidingen Eerstelijns Mondzorg. De leden van de Werkgroep zijn afkomstig uit de beroepsgroepen, de zorgverzekeraars en de opleidingsinstellingen.

Het Plenair Orgaan heeft het advies op 25 november 2009 vastgesteld

Betrokken experts

Plenair Orgaan

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. mr. A.W.J.M. van Bolderen
Dhr. dr. R.A. van Eijck
Dhr. dr. L.H. van Hulsteijn (voorzitter DB)
Mw. dr. M.J. Kaljouw
Dhr. C.J.G. Theeuwes
Dhr. A.M.J. Veer
Dhr. Dr. L. Wigtersma
Dhr. H.W. Zijlstra

Organisaties van opleidingsinstellingen

Dhr. drs. G. de Beij
Dhr. prof. dr. F.C. Breedveld
Dhr. drs. P.J.L. van Heugten
Dhr. drs. P. de Jonge
Dhr. dr. S.J. Noorda
Dhr. prof. dr. H.A.P. Pols
Dhr. drs. P.M.L. Smits MBA (lid DB)

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. drs. M.W.L. Hoppenbrouwers (lid DB)
Dhr. A.M. van Houten
Dhr. J.W. Schouten

Werkgroep Eerstelijns Mondzorg

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. P.G.A.M. Heetman
Dhr. J. 't Hooft
Mw. C.I.C. Julien (ondervoorzitter)
Dhr. H.J.B. Bakker
Mw. P. Koole-Kisman
Dhr. drs. F.R. Barendrecht

Organisaties van opleidingsinstellingen

Dhr. prof. dr. R.J. Bausch (voorzitter)
Dhr. prof. dr. R.M.H. Schaub

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. J.J.M. Hillemans
Dhr. J.A. Kieft

Werkgroep TandHeelKundig Specialisten

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. prof. dr. L.G.M. de Bont (voorzitter)
Dhr. S.T. Kusters
Dhr. R.R.M. Noverraz (ondervoorzitter)
Dhr. B. Witsenburg

Organisaties van opleidingsinstellingen

Mw. Prof. dr. B. Prah-Andersen
Dhr. prof. dr. B. Stegenga

Organisaties van zorgverzekeraars

Mw. C.S. Boltje-de Boer
Dhr. J.A. Kieft

Bijlage 4: Literatuurlijst

- Abbink EJAA, Dekker J den, Signalement Mondzorg 2007, College voor zorgverzekeringen, Diemen, 2007
- Adviesgroep Capaciteit Mondzorg, Capaciteit Mondzorg, aanbevelingen voor de korte en lange termijn, 2000
- Batenburg R, Hansen J, Maat M van der , De eerstelijns mondzorg door consumenten bekeken, Nivel, Utrecht, 2009
- Batenburg R, Hansen J, Schepman S, Jaartrends in de tandheelkundige praktijkvoering, een analyse van de NMT-peilstations rapporten 1995-2008, Nivel, Utrecht, 2009
- Batenburg R, Hansen J, Schepman S, Tandprothetici en preventieassistenten, enkele kerncijfers en beschrijvingen, Nivel, Utrecht, 2009
- Berdowski Z, Eshuis PH, Tijdsbesteding Mondzorg, IOO, Zoetermeer, 2009
- Bloemendaal I, Kwartel A van der, Taakherschikking in de mondzorg, Prismant in opdracht van het CBOG, Utrecht, 2009
- Capaciteitsplan 2008 voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwante vervolgopleidingen, Capaciteitsorgaan, Utrecht, 2008
- Hansen J, Velden L van der, Notitie Opleidingsplanning Mondzorg, Nivel, Utrecht, 2008
- Hendriks E, Consumenten aan de tand gevoeld, een verkenning in de mondzorg, TNS Nipo, Amsterdam, 2009
- Heuvel J van den, Zegelaar-Vertin N, Toedeling van taken in de mondzorg, Health Pro Consult, Amsterdam, 2009
- IOO, Advies: taakherschikking en opleidingen, Adviesrapport Commissie Innovatie Mondzorg, Leiden, 2006
- NMT, Orthodontie, sociaal en op maat, Nieuwegein, 2004
- NZa, Visiedocument bekostigingsstructuur mondzorg, Utrecht, 2009
- NZa, Mondzorg, een analyse naar de mogelijkheden voor vrije prijsvorming voor enkele prestaties in de mondzorg, Consultatiedocument, 2007
- NZa, Herziening bekostigingsstructuur mondzorg, verbetermogelijkheden voor prestaties, tarieven en transparantie, Consultatiedocument, 2007
- RVZ, Taakherschikking in de gezondheidszorg, Zoetermeer, 2002
- RVZ, Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg, Zoetermeer, 2002
- Schaub R et al, Samenwerken in de mondzorg, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008
- Velde F van der, Verijdt F, Behoeftte aan bijscholing onder mondhygiënist, Prismant, Utrecht, 2009
- VSNU, Raamplan tandheelkunde 2008, Den Haag, 2009

Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische
en Tandheelkundige Vervolgopleidingen

Postbus 20051
3502 LB Utrecht

bezoekadres

Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

telefoon

030 282 38 40

e-mail

info@capaciteitsorgaan.nl
www.capaciteitsorgaan.nl