

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Ter attentie van H.M. De Jonge  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag

**Datum** 29 januari 2021  
**Ons kenmerk** KLA/ SBA/ 20210129

**Betreft** Reactie op discussiestuk 'Zorg voor de Toekomst'

Geachte heer De Jonge,

De Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT), de beroepsvereniging van tandartsen en tandarts-specialisten, maakt graag gebruik van de mogelijkheid om te reageren op het discussiestuk 'Zorg voor de Toekomst'.

Het discussiestuk, ook wel bekend als de Contourennota, verkent een aantal beleidsopties om de toenemende zorgvraag en schaarste aan personeel in de toekomst het hoofd te kunnen bieden. Hieronder volgt eerst een korte algemene reflectie op het discussiestuk en vervolgens puntsgewijs enkele opmerkingen en suggesties.

#### **Algemene reflectie**

De houdbaarheid van de zorg is een ingewikkeld vraagstuk en vraagt om zorgvuldige analyses, nuances en afwegingen. Op basis van het voorliggende stuk is het echter lastig de concrete impact en gevolgen van de genoemde beleidsvoorstellen in te schatten. De abstracte 'hoog over' insteek maakt dat op veel punten een inhoudelijke onderbouwing ontbreekt.

Zo mist de KNMT bijvoorbeeld een analyse van de uitgaven aan verschillende soorten zorg. Op blz. 9 staat dat Nederland in vergelijking met andere EU landen relatief veel uitgeeft aan langdurige zorg, "terwijl de vergrijzing nog grotendeels komt. De uitgaven aan curatieve zorg zijn gemiddeld of lager dan in de andere Westerse landen." Deze zinsnede lijkt een aanzet te geven tot een grote systeemwijziging maar een nadere analyse van de oorzaken, verschillen of de kwaliteit van zorg blijft uit.

Ook een aantal constatering die van invloed zouden zijn op de zorgvraag, bijvoorbeeld dat 10 miljoen mensen een chronische aandoening hebben, worden slechts summier besproken. De onderwerpen van bereikbaarheid en kwaliteit van zorg blijven bovendien onderbelicht, door de nadruk te leggen op de betaalbaarheid van de zorg.

De KNMT verzoekt daarom om dit discussiestuk en deze consultatieronde te zien als een aftrap, waarbij de input die nu wordt opgehaald wordt gebruikt om het document verder te concretiseren. Leg een nader uitgewerkt document met daarin concrete, gedifferentieerde beleidsvoornemens en onderbouwde analyses vervolgens nogmaals ter discussie aan het (zorg)veld voor, alvorens de definitieve Contourennota aan de Kamer te sturen.

### **Opmerkingen**

Hieronder volgen puntsgewijs een aantal opmerkingen en suggesties. Het discussiestuk bespreekt in grote lijnen de ontwikkelingen in de zorg, de rollen van de verschillende belanghebbenden en een verschuiving van invloed richting zorgverzekeraars en gemeenten. Onderstaande punten gaan nader in op de positie van de zorgaanbieder binnen het zorgstelsel, de keuzevrijheid van patiënten, het vormgeven van preventieve mondzorg en het waarborgen van de bijzondere aard en positie van de eerstelijnszorg.

#### *Mondgezondheid als spiegel algehele gezondheid*

Een gezonde mond heeft een positief effect op onze algehele gezondheid en kwaliteit van leven, terwijl een ongezonde mond aandoeningen zoals hart- en vaatziekten kan veroorzaken of verergeren. Voor patiënten met diabetes type 2 blijkt het bijvoorbeeld makkelijker om hun bloedsuiker te reguleren als ze een gezonde mond hebben. Veel ziektesymptomen manifesteren zich bovendien vaak al in een vroege fase in de mond. Tandartsen spelen daarom ook een belangrijke rol in (vroeg)signalering bij gezondheidsproblemen, aangezien zij patiënten minstens één keer per jaar tijdens de controle zien. Op dit moment ontbreekt de mondzorg in het discussiestuk en de KNMT adviseert om in de definitieve uitwerking expliciet in te gaan op de rol en belang van de mondzorg binnen de bredere zorg. Bijvoorbeeld als het gaat om de financiering van preventieactiviteiten (zoals poetslessen op school), samenwerking in de wijk, onderzoek naar de relatie tussen gezondheid en mondgezondheid en het nadrukkelijker inbedden van basiskennis over de mondgezondheid binnen andere zorgopleidingen.

#### *Ouders informeren over mondzorg in het basispakket tot 18 jaar*

Jong geleerd is oud gedaan. Toch komt 1 op de 5 kinderen niet bij de tandarts. Zorgverzekeraars hebben zicht op welke kinderen niet naar de tandarts gaan. Het afgelopen jaar hebben zorgverzekeraars de ouders van deze kinderen aangeschreven om hen te informeren dat de mondzorg tot 18 jaar onder het basispakket valt. De KNMT adviseert om dit initiatief permanent te implementeren en zorgverzekeraars vanuit hun zorgplicht voortaan jaarlijks een brief te laten sturen aan ouders van kinderen die niet naar de tandarts gaan.

#### *Jeugdgezondheidszorg*

Preventieve mondzorg voor de jeugd is verankerd in artikel 5 van de Wet publieke gezondheid (Wpg) en artikel 6 lid 1 van het Besluit Publieke gezondheid (Bpg). De jeugdgezondheidszorg (JGZ) is dus verplicht advies te geven over de mondgezondheid maar in de praktijk blijkt dat de aandacht hiervoor per gemeente verschilt. Een aantal gemeenten pakt deze taak voortvarend op, terwijl het onderwerp mondgezondheid op andere plekken niet aan de orde komt. Veel kinderen die niet bij de tandarts komen, komen wel op het consultatiebureau. De JGZ kan dus een belangrijke schakel zijn in de signalering van problemen met de mondgezondheid, omdat zij een groot bereik hebben. De KNMT verzoekt hier meer uniforme regie op in te stellen, om te waarborgen dat alle gemeenten deze taak oppakken. Onderdeel hiervan zou kunnen zijn dat de jeugdgezondheidszorg een monitoringsfunctie krijgt, waarbij tijdens elk regulier contactmoment een aantal basisvragen over de mondgezondheid worden gesteld,

bijvoorbeeld of kinderen naar de tandarts gaan en hoe vaak ze poetsen, en eventueel worden doorverwezen naar een mondzorgverlener indien daar aanleiding toe is. Dit zou dan in lijn zijn met de beleidsoptie om te sturen op een kernindicator voor gezondheid. Door het bereik van de JGZ te combineren met de inhoudsdeskundigheid van de mondzorg kunnen zelfs de meest kwetsbare kinderen in beeld worden gebracht.

#### *Preventie en curatie*

Mondgezondheid is in grote mate afhankelijk van gezond gedrag. Want naast professionele mondzorg is juist goede mondverzorging door de patiënt zelf, zoals tweemaal daags poetsen, een bepalende factor in het behoud van een gezonde mond. Dit betekent ook dat de relatie tussen preventie en curatie in de mondzorg ingewikkeld is. Een groot deel van de preventieve mondzorg ligt namelijk buiten de directe invloedssfeer van mondzorgverleners. Investerings in preventie door zorgaanbieders zullen niet gelijk tot besparingen in curatie leiden; investeringen in preventie door betere mondverzorging thuis op termijn mogelijk wel maar dit zal pas jaren later kunnen worden vastgesteld. De KNMT vindt het daarom belangrijk dat investeringen in preventie niet ten koste gaan van de ruimte voor curatie. De KNMT vraagt tot slot ook aandacht voor de rol van de overheid in het stimuleren van gezond gedrag en ontmoedigen van ongezond gedrag binnen de kaders van de mondzorg.

#### *Positie zorgverzekeraars en gemeenten beperkt professionele autonomie zorgverlener*

In het discussiestuk krijgen zorgverzekeraars en gemeenten steeds meer invloed op vraagstukken rondom prijs, kwaliteit en organisatie van de zorg. De KNMT vindt dit een zeer zorgelijke ontwikkeling omdat de regie van de individuele patiënt en de autonomie van de zorgprofessional steeds verder onder druk komt te staan. Zo zien we nu al dat als gevolg van de contractering tandartsen ertoe aangezet worden te werken met technieken en materialen van minder goede kwaliteit omdat een deel van de techniek en materiaalkosten niet wordt vergoed. Een behandeling zou moeten worden geïndiceerd op basis van de expertise van de zorgverlener en de beste kwaliteit van zorg voor de individuele patiënt maar wordt in toenemende mate bepaald door de financiële motieven van zorgverzekeraars. Het afleggen van verantwoording is reëel maar de keuze voor het hoe en wat moet in het belang van de patiënt bij zorgverlener blijven liggen.

#### *Verschuiving financiële risico's*

Naast de druk op de autonomie van de zorgverlener leiden de beleidsvoorstellen bovendien tot een verschuiving van de financiële risico's van de zorgverzekeraar naar de zorgaanbieder. Dit komt de kwaliteit van zorg niet ten goede. Wij kennen tenslotte in het huidige stelsel al een complex systeem voor het verevenen van de financiële risico's die zorgverzekeraars lopen. Als dit financiële risico wordt verplaatst naar de zorgaanbieder, dan neemt de kans op een onevenwichtige verdeling van de middelen toe omdat risicopatiënten mogelijk worden geweerd. Deze financieel gestuurde afwegingen zijn niet in het belang van de patiënt. Bovendien zijn zorgverzekeraars überhaupt niet meer nodig als zij het financiële risico niet meer dragen.

#### *Keuzevrijheid patiënt en ruimte voor innovatie*

Het huidige tariefsysteem beperkt de keuzevrijheid van patiënten. Iedereen heeft recht op tanden en kiezen in de mond maar de manier waarop wordt in steeds belangrijkere mate bepaald door regelgeving en verzekeraars. Zo zijn er maximumtarieven van toepassing op alle behandelingen die mogelijk zijn in de mondzorg. De KNMT pleit voor meer ruimte voor maatwerk en innovatie, waarbij de basiszorg gegarandeerd is en er ruimte wordt gecreëerd voor hoogstaande 'plus-behandelingen' indien de patiënt dit wenst en op diens kosten. Zo zijn er patiënten die graag meer willen betalen voor specifieke materialen en

innovatieve of cosmetische technieken maar hier nu niet voor kunnen kiezen, omdat tandartsen de significante extra kosten en arbeidsinspanning niet aan hen mogen doorberekenen. Ook geven tandartsen aan niet te kunnen investeren in verdere digitalisering, zoals intra-orale scanners omdat het tariefsysteem volledig gereguleerd is waardoor de risico's groot zijn dat de investering niet dus niet lonend is. Het gevolg is dat de keuzevrijheid van patiënten wordt beperkt en innovatie wordt geremd.

#### *Huidige 'poldermodel' biedt voldoende waarborgen voor een aantrekkelijke zorgsector*

In verschillende beleidsopties wordt aangestuurd op inmenging door zorgverzekeraars, de NZa en de IGJ op onderwerpen zoals goed werkgeverschap, het waarborgen van goed bestuur en het terugdringen van ziekteverzuim in de veronderstelling dat de zorg zo een aantrekkelijke sector om in te werken blijft. Een neveneffect is dat hun rol verschuift van een faciliterende naar een toezichhoudende positie en dat is volgens de KNMT een ongewenste ontwikkeling. Het huidige 'poldermodel', waarin werkgever en werknemer in de praktijk met elkaar overleggen over arbeidsvoorwaarden en arbeidsomstandigheden, in combinatie met ondersteunend overheidsbeleid, biedt namelijk voldoende waarborgen om de zorg aantrekkelijk te houden. De verschuiving van de rollen zal een nadelige invloed hebben op het verminderen van de regeldruk, de toegankelijkheid van subsidieregelingen en het voorzien in flexibele organisatievormen die aansluiten bij de wensen en behoeften van zorgaanbieders. De KNMT zou graag zien dat de overheid een stimulerende rol inneemt, waarbij vertrouwen in de zorg en in zorgverleners centraal staat. Dan wordt de zorg pas echt een aantrekkelijke sector om in te werken.

#### *Administratieve lasten*

De KNMT signaleert dat de administratieve lasten voor kleinschalige eerstelijnsaanbieders hand over hand toenemen en vreest dat dit door de beleidsopties uit het discussiestuk nog verder wordt versterkt. Dit is in belangrijke mate toe te schrijven aan een opmerkelijke tegenstelling bij het ministerie van VWS zelf. Want hoewel aan de ene kant wordt gesproken over (Ont)Regel de Zorg worden tevens continu lastenverzwaringen ingevoerd. Ter illustratie. In paragraaf 4.3 wordt besproken dat er meer tijd voor samen beslissen moet komen. In de WGBO is bovendien vorig jaar al een uitgebreide informatieplicht opgenomen. Impliceert het nu voorliggende stuk dat deze wettelijke verankering van 'shared decision making' onvoldoende is? In paragraaf 4.4 staat dat alle nieuwe wet- en regelgeving scherp moet worden getoetst op regeldruk en dat vertrouwen het uitgangspunt moet zijn. De bovenstaande punten lijken elkaar in eerste instantie te versterken maar in de praktijk blijkt het tegenovergestelde. Met name de eerstelijnszorg is de laatste tijd overspoeld door administratieve lasten. En hoewel ook nu 'vertrouwen' het uitgangspunt is, wordt het hele traject omtrent de (A)Wtza door een andere, niet onderbouwde, gedachte ingegeven namelijk dat de zorg erg fraudegevoelig zou zijn. Dit is funest voor het vertrouwen van het publiek. De KNMT vreest dat door deze suggestie en door de stapeling van administratieve lasten, bovendien steeds meer schaarse zorgverleners de zorg zullen verlaten. De KNMT pleit ervoor om voor elke nieuwe administratieve last één op één een andere last te schrappen, waarbij expliciet wordt gekeken naar de impact op kleinschalige zorgaanbieders.

#### *Differentiatie en nuance*

De KNMT heeft de indruk dat in het discussiestuk met name is gekeken naar grotere zorgorganisaties en instellingen. In die organisaties en instellingen worden de meeste zorgkosten gemaakt, dus de insteek is begrijpelijk. Toch vraagt de KNMT te differentiëren tussen kleinschalige eerstelijnszorg en grote tweede- en derdelijns zorgaanbieders. De kleinschalige eerstelijnszorg is namelijk fundamenteel anders georganiseerd dan grotere tweede- en derdelijns zorginstellingen. Binnen de eerste lijn bestaat meestal geen aparte

managementlaag, de zorgverlener is ook de praktijkhouder. Een afzonderlijke afdeling administratie ontbreekt zodat de administratieve lasten veelal drukken op de praktijkhouder. Dit betekent dat elke nieuwe administratieve last direct ten koste gaat van de beschikbare patiëntentijd. Daarnaast vindt onderlinge afstemming binnen het team vaak op informele wijze plaats. Ook is er specifiek in de mondzorg sprake van verregaande taakdelegatie, zodat personeel zo efficiënt mogelijk wordt ingezet. De KNMT roept daarom op om terughoudend te zijn met regulering en te vertrouwen op het veld. Dit komt ten goede aan het werkplezier, tijd voor de patiënt en maakt ondernemerschap in de zorg aantrekkelijker.

#### *Praktijkhouderschap staat onder druk*

De zorg is geen 'one size fits all' sector. Hoewel in de discussienota wordt aangestuurd op grotere 'loonbedrijven', zijn juiste kleine praktijken onmisbaar binnen de eerstelijnszorg. Patiënten komen graag bij hun vertrouwde zorgverlener en willen daarmee een persoonlijke band opbouwen. Kleine praktijken vervullen ook een belangrijke lokale functie. Helaas zien wij juist in niet- en klein stedelijke gebieden een steeds groter tekort aan tandartsen ontstaan. Dit is slechts ten dele het gevolg van het bredere tandartsentekort in Nederland maar de KNMT ziet vooral dat steeds minder jonge tandartsen kiezen voor het praktijkhouderschap als gevolg van toenemende financiële onzekerheid en verregaande regulering. Het lokale maatwerk binnen de mondzorg staat onder grote druk en de KNMT roept daarom het ministerie op om de kleine lokale praktijk bereikbaar te houden voor tandarts en patiënt..

#### *Investeren in mondzorg betekent investeren in voldoende tandartsen*

Een van de centrale thema's uit de discussienota is de schaarste aan zorgpersoneel. Binnen de mondzorg is al jaren sprake van een tandartsentekort en elk jaar neemt dit tekort weer toe. Anders dan in veel sectoren is het tekort echter niet het gevolg van een gebrek aan animo. Elk jaar weer moeten studenten loten om te worden toegelaten tot de opleiding Tandheelkunde. De oplossing is daarom ook simpel: leid meer tandartsen op. Het Capaciteitsorgaan adviseert al sinds 2010 om het aantal opleidingsplekken fors te verhogen. Toch wordt dit advies al ruim tien jaar niet opgevolgd. De zorginhoudelijke onderbouwing van die beslissing ontbreekt volledig. De KNMT roept op om de betaalbaarheid en bereikbaarheid van de mondzorg leidend te laten zijn en de adviezen van de experts van het Capaciteitsorgaan op te volgen, om zo ook aan de toekomstige vraag naar mondzorg te kunnen voldoen.

Met vriendelijke groet,



mr. dr. W.G. Brands  
Voorzitter