

Review Eindconceptrapport Onderzoek capaciteit in de mondzorg, Panteia en Etil

Ronald Batenburg, Lud van der Velden, Elize Vis (NIVEL)
Alies Zandbergen, Victor Slenter (Capaciteitsorgaan)

Utrecht, April, 2018

Introductie

Deze notitie bevat de review door bovengenoemde lezers van het onderzoek door Panteia en Etil naar de huidige en toekomstige capaciteitsbehoefte in de mondzorg gerelateerd aan de zorgvraag. In paragraaf 1 worden twee hoofdopmerkingen geplaatst bij de onderzoeksbenadering. Vervolgens wordt ingegaan op drie algemene opmerkingen met betrekking tot de uitwerking van het onderzoek, waarna in de derde paragraaf wordt ingezoomd op specifieke opmerkingen op de uitwerking per hoofdstuk.

1. Benadering

- In het rapport wordt zeer vaak genoemd dat er veel onzekerheden, twijfels en onduidelijkheden zijn over de trends, inschattingen en cijfers rond de mondzorg in Nederland. Dit is terecht en begrijpelijk. Maar ten onrechte is hierdoor te weinig gepoogd het doel van het onderzoek te bereiken, namelijk het opstellen van instroomadviezen op basis van meerdere scenario's en daarbinnen (juist vanwege de onzekerheden) rekening houdend met bandbreedtes en varianten van de factoren/parameters die deze scenario's vormen. Het is ons inziens een onnodig gemiste kans om na de consultatie van 20 experts niet meer dan twee scenario's en bijhorende parameterinschattingen te maken. De experts konden wel degelijk aangeven welke factoren positief of negatief inwerken op de benodigde vraag naar tandartsen en mondhygiënisten. En waren er ons inziens conclusies te trekken wat het relatieve gewicht van die factoren dan zou kunnen zijn. Op die manier hadden de parameterinschattingen uit het Capaciteitsplan 2013 wel degelijk geactualiseerd kunnen worden en daarmee ook dezelfde scenario's doorgerekend kunnen worden. Juist met alle bandbreedtes, varianten en dus onzekerheden vandiën. Die dan transparant vermeld hadden kunnen worden en welke op hun gevolgen doorgerekend hadden kunnen zijn. Dat was ons inziens juist de opdracht en kern van deze capaciteitsraming. Aan de ene kant is zeer sterk geleund op de parameterschattingen die gebruikt zijn in de capaciteitsraming uit 2013. Aan de andere kant wordt zonder overtuigende argumentatie nagelaten de simulatie- en scenariobenadering te volgen die al ruim 15 jaar in Nederland voor de zorgberoepen uitgevoerd wordt.

In het rapport staat heel veel informatie over alle relevante ontwikkelingen die de vraag naar tandartsen en mondhygiënisten bepalen. Het blijft daarmee moeilijk te begrijpen waarom ervoor gekozen is om de onzekerheden die hieromtrent bestaan wel zeer uitgebreid te benoemen; maar daar vervolgens niets mee te doen. Er staat wel dat deze beslissing op basis van een soort van 'voortschrijdend inzicht' is gemaakt. Maar overtuigend is deze motivering niet. Een fundamenteel punt is ons inziens dat het uiteindelijke doel van het onderzoek daardoor niet wordt bereikt. Beleidsmakers en belanghebbenden missen nu belangrijke scenario's en daarmee opties om hun keuzes op te baseren.

- Het 'trend-scenario', dat uiteindelijk voor de mondhygiënisten als 'onrealistisch' wordt benoemd, is gestoeld op de principiële-problematische aanname dat de trend in het aanbod direct de trend in de vraag bepaalt. De fundamentele vraag is echter waarom er vanuit wordt gegaan dat een groei in het aanbod automatisch zou zorgen voor een evenredige groei in de

vraag. In nagenoeg alle ramingsmodellen, en zo ook die voor de raming in 2013 is uitgevoerd, worden vraag en aanbod juist eerst apart gemodelleerd en geschat/berekend, om ze daarna pas op elkaar te betrekken in het evenwichtsjaar (hier: 2030). Vervolgens kan teruggerekend worden welke bijstelling van de opleidingsinstroom jaarlijks nodig is om het verschil tussen vraag en aanbod tot aan het evenwichtsjaar te overbruggen.

Natuurlijk kan een 'trend-scenario' worden opgesteld waarin uitgegaan wordt van de groei in het aanbod. Maar strookt dus totaal niet met de gebruikelijke wijze van capaciteitsramingen. Bovendien is het zo dat de groei in het aanbod juist veroorzaakt is door eerdere instroomadviezen en de daarna gerealiseerde instroom. Waren er bij wijze van spreken nóg meer mondhygiënisten opgeleid in de afgelopen jaren, dan zou in dit scenario er nóg meer vraag naar mondhygiënisten voorspeld worden. Hetgeen al helemaal niet realistisch zou zijn. Het trendscenario is daarmee principieel géén beleidsrijk scenario *naast* het demografie-scenario. Het is immers een extrapolatie van de werkzame capaciteit. Daarmee is dit tevens 'redundant' met de aanbodkant van het ramingsmodel. De ontwikkeling van de beschikbare capaciteit wordt immers twee keer in deze werkwijze meegenomen, zowel aan de aanbod- als de vraagkant van het model. Daarmee is het trend-scenario bij voorbaat onrealistisch, niet-informatief en zoals eerder gezegd principieel problematisch. Dat voor dit scenario gekozen is omdat uit de expert-consultatie geen scenario's afgeleid zouden kunnen worden staat hier in feite los van. Daarover ging het voorgaande punt.

2. Uitwerking

- Er wordt in de raming voor zowel de tandartsen als mondhygiënisten uitgegaan van 2030 als evenwichtsjaar. Dat betekent dat er een relatief korte bijstellingsperiode is, zeker wat betreft de tandheelkunde-opleiding. Er moet immers rekening gehouden worden met het feit dat bijstelling van de opleidingsinstroom alleen per academisch (leer)jaar plaats kan vinden. Gegeven dat het advies nu in 2018 wordt uitgebracht, zal dat pas in 2019 geëffectueerd kunnen worden. Voor de tandheelkunde-opleiding van 6 jaar betekent dit dat er slechts 5 jaar overblijven om na de eerste effecten van de instroombijstelling evenwicht te bereiken. Om deze reden wordt er juist in de ramingen van het Capaciteitsorgaan gewerkt met verschillende evenwichtsjaren. Zo kan de bijstellingperiode korter en langer gedefinieerd worden en zijn er daarmee ook meer beleidsopties voorhanden. Hetzelfde geldt voor het modelleren van wel- en niet-doorgaande vraag trends, die ook standaard in de ramingen van het Capaciteitsorgaan worden onderscheiden. Ook deze fungeren als relevante varianten van de scenario's waarmee de range van beleidsopties relevant wordt uitgebreid.
- Wat betreft de aanbod-factoren is onze mening dat er onvoldoende gebruik is gemaakt van beschikbare bronnen om deze te actualiseren. Merkwaardig is dat de gehouden enquête onder tandartsen en mondhygiënisten (die overigens niet in het rapport is opgenomen) in zijn geheel niet gebruikt lijkt te zijn voor de actualisatie van de aanbod-parameters van het model (hoeveel fte/uren werkt men, tot wanneer verwacht men te werken, hoe snel heeft men werk gevonden, wil men meer of minder fte/uren werken). Ook is geen gebruik gemaakt van de CBS-cijfers over de medisch geschoolden die gebaseerd zijn op het Sociaal Statistisch Bestand, de schoolverlatersonderzoeken en arbeidsmarktprognoses van het ROA, de rendement-gegevens die bij de individuele opleidingen opgevraagd kunnen worden. Hiermee hadden deze aanbodparameters geactualiseerd kunnen worden zoals hieronder per hoofdstuk nader zal worden toegelicht. Ook is in deze raming geen rekening gehouden met geslacht in geen van de aanbodfactoren, wat een belangrijk effect kan hebben op de berekeningen.

- Een ander algemeen punt is dat berekeningen, schattingen of bijstellingen van parameters die in 2013 gehanteerd zijn, niet transparant zijn beschreven. Ook dit wordt hieronder per hoofdstuk toegelicht. In het algemeen geldt dat dit rapport sterk leunt, qua indeling, methodiek, parameters en ramingsmodel, op het advies van het Capaciteitsorgaan uit 2013. Wat de parameters betreft wordt af en toe een procent (of twee) erbij opgeteld of ervan af getrokken, zonder kwantitatieve onderbouwing. Betwijfeld wordt of de ramingsmethodiek van het Capaciteitsorgaan wel goed is doorgrond. Daarmee is er behoefte aan inzicht in de berekeningsmethodiek die is gehanteerd voor deze rapportage.

3. Feedback per hoofdstuk:

Hoofdstuk 1:

- Pagina 12: Er wordt aangegeven de zorgvraag op een 'eenvoudige manier' te modelleren (6 in plaats van 2 scenario's). Het is echter niet alleen een eenvoudige manier, maar ook een manier die bijzonder weinig beleidsopties ondersteunt en daarmee heel beperkt richtinggevend is. De verwachting wordt hier gewekt dat eenvoudiger dus 'beter' is, hetgeen we dus betwijfelen zoals hiervoor in de algemene commentaarpunten is verwoord. Deze beperking zou ook moeten worden vermeld in de inleiding.

Hoofdstuk 2:

- Pagina 14: Waarom is hier niet het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) van het CBS gebruikt, waarvan veel tabellen voor de medisch geschoolden op Statline beschikbaar zijn? Vooral voor de tandartsen is een belangrijke bron, omdat het CBS voor het SSB gebruik maakt van het BIG in combinatie met andere registratie- en administratiebronnen. Deze gegevens kunnen worden afgezet tegen de overgenomen cijfers uit het artikel van Bruers, niet alleen wat betreft het basis/peiljaar 2017 maar ook wat betreft de trends over de tijd, en de verhouding mannen/vrouwen.

Hoofdstuk 3:

- Het intern rendement is voor de tandheelkunde-opleiding niet geactualiseerd, terwijl dit wel mogelijk was geweest door bij de opleidingen de rendementsgegevens op te vragen. Deze moeten immers voor o.a. visitaties op standaardwijze bijgehouden worden. Ook kan het intern rendement voor mannen en vrouwen verschillen. Overigens staat in Hoofdstuk 2.2 p15 vermeld dat in het studiejaar 2015/2016 225 studenten voor hun master slaagden: deze lichter is in 2010 gestart met de opleiding, toen de instroom in de opleiding nog 240 was. Dit zou betekenen dat er sprake is van een intern rendement van bijna 94%.
- Voor het extern rendement kan voor de tandartsen een SSB maattabel worden opgevraagd om te berekenen hoeveel tandartsen in jaar x en jaar x+y per leeftijdscategorie nog steeds werkzaam zijn en/of in of buiten de zorg werkzaam zijn. Daarnaast is de uitgezette enquête onder de tandartsen en mondhygiënisten een typische bron om na te gaan hoe lang men in het vak werkzaam is geweest. Daarmee kan tevens het belangrijke onderscheid naar mannen en vrouwen worden gemaakt. Daarnaast vormen de hierboven genoemde schoolverlatersenchêtes (de HBO- en WO-monitor) van het ROA de geijkte bronnen voor het bepalen van het extern rendement. Kruisvalidatie van deze verschillende bronnen vangt hierbij de beperkingen van elk van hen op.

Hoofdstuk 4:

- De werkzaamheid van zorgprofessionals in termen van FTE/uren is cruciaal voor het ramingsmodel en typisch aan verandering onderhevig. Het is zeer vreemd dat hiervoor naar de waarden uit 2013 wordt teruggegrepen omdat dit toch gevraagd zou moeten zijn in de uitgezette enquêtes. Als niet, dan is in ieder geval is via het CBS voor de tandartsen in loondienst de deeltijdfactor voor recentere jaren bekend; en ook de trend hierin. Deze factor is niet uitgesplitst naar mannen en vrouwen terwijl daar wel een belangrijk verschil in bestaat.
- Het CIBG houdt wel degelijk gegevens bij over de nationaliteit van tandartsen. En is nationaliteit niet in de enquête gevraagd, zodat bepaald kan worden hoeveel van de 52 personen met een buitenlands diploma uit Nederland afkomstig zijn en de zgn. U-bocht-constructie hebben gevolgd?
- Het is onduidelijk op welke empirische basis het extern rendement van de buitenlandse instroom verhoogd is ten opzichte van de waarden uit het Capaciteitsplan 2013. Eerst wordt genoemd dat het externe rendement niet gebaseerd kan worden op basis van de te kleine responsgroep in de enquête (n=52). Maar vervolgens wordt wel de keuze gemaakt het te verhogen van 60% naar 70%. De waarneming dat slechts 52 van de meer dan 1.300 buitenlands gediplomeerde tandartsen in Nederland zegt te blijven lijkt daarvoor een discutabele onderbouwing.
- Bij figuur 4.4 staat per abuis de jaarlijkse instroom van 220, dit moet 250 zijn.
- Uitstroomkansen betreft typisch óók een parameter die geactualiseerd had kunnen worden op basis van de enquête. Is daar niet gevraagd wanneer men verwacht het vak te verlaten? Daarnaast is de uitsplitsing naar geslacht voor uittredekansen belangrijk, waarom is dit niet onderscheiden en meegenomen in de raming? De ophoging voor de tandartsen met 1% en voor de mondhygiënist met 2% ten opzichte van de waarden uit 2013 lijkt ook hier tamelijk willekeurig. Bovendien lijkt bij de tandartsen gerekend te zijn met 2% i.p.v. 1%.

Hoofdstuk 5:

- Bij de paragraaf over demografische ontwikkelingen is onduidelijk waarom hier ook gerefereerd wordt naar variatie in verzekerden. Hoe men verzekerd is, is juist een sociaal-culturele factor waar financiële en persoonlijke overwegingen een rol spelen.
- Waarom wordt 'demografie' niet berekend voor 5, 10, 15 en 20 jaar zoals in het Capaciteitsplan 2013? Het effect hiervan is immers typisch niet rechtlijnig, wat consequenties heeft voor het evenwicht tussen vraag en aanbod op verschillende momenten (evenwichts jaren) in de toekomst. En is voor de groei in de zorgvraag op basis van demografie nu met het aantal contacten per persoon per jaar gerekend (bovenaan p. 29) of het percentage met minstens 1 contact per jaar (tabel 5.1)? Ook lijkt de berekening niet kloppen: 2,8% groei voor de tandartsen voor 2017-2030 is $(2,8/13) 0,21\%$ per jaar en dus 2,1% in 10 jaar (in plaats van 1,8%). Voor de mondhygiënist komen we 2,9% in 10 jaar, niet op 2,5%. Tenzij iets is gedaan van ongelijkmatige groei per jaar, maar dit is onduidelijk.
- Op pag 27, laatste regel 5.2.1 staat dat er geen verklaring is voor het feit dat de leeftijdscategorie van 0-12 jaar ontbreekt bij de contacten met de mondhygiënist. Een check in de vragenlijst van de CBS-gezondheidsenquête leert dat daar wél naar is gevraagd in die enquête maar alleen bij de kinderen ouder dan 11 jaar. Het beeld van de toekomstige vraag naar mondhygiënist is daardoor vertekend en onvolledig.
- Er wordt bij onvervulde vraag uitgebreid gekeken naar de regionale verdeling maar hier wordt geen conclusie uit getrokken, er wordt juist teruggegrepen op de waarden uit 2013. Waarom deze uitgebreide beschouwing terwijl er uiteindelijk landelijk geraamd wordt?

Regionale spreiding is belangrijk, maar een 'afgeleide' in het systeem/uitgangspunt om op landelijk niveau instroomadviezen en -beleid te voeren.

- Er wordt de indruk gewekt dat het niet wenselijk is om rekening te houden met buitenlandse instroom. Dit is echter typisch een beleidsoptie, die verwerkt kan worden in een scenario of variant van de ramingen. Zo is daar ook in 2013 mee opgegaan om het effect van buitenlandse instroom te laten zien.
- Er staan in de paragraaf 'epidemiologie & sociaal culturele ontwikkelingen' in feite veel verwachtingen en hypothesen die omgezet hadden kunnen worden in (bandbreedtes van) parameterschattingen die in een ramingsmodel scenario's kunnen vormen. Dat geldt ook voor de ontwikkelingen in hoofdstuk 5.5, 5.6, 5.7 en 5.8. Zoals hiervoor als algemeen commentaar aangegeven, lijkt ons hier kansen gemist om zo tot een beleidsrijke raming te komen, in aanvulling op het (basis) demografische scenario.
- Is er enige onderbouwing voor de veronderstelde toename van de cosmetische en esthetische mondzorg?

Hoofdstuk 6

- Tabellen 6.2 en 6.3: de volgens de onderzoekers niet separaat te kwantificeren parameters zouden alle zijn meegenomen onder de noemer 'overige invloeden', maar de vraag is hoe dat kan als deze toch niet gekwantificeerd zijn. Hier speelt het algemene commentaarpunt hierboven genoemd, namelijk dat voor kwantificering van dit trend-scenario de facto wordt teruggevallen op de werkgelegenheidsgroei de afgelopen 10 en vooral 5 jaar van tandartsen en mondhygiënist. In tabel 6.2 is deze groei vervolgens verdisconteerd met de demografische vraagontwikkeling en vervolgens doorgetrokken, met als uitkomst in tabel 6.3: een groei de vraag naar tandartsen met 1%, en naar mondhygiënist met 35% in 10 jaar (deze 10 jaar staat trouwens niet boven de tabel, dat is verwarrend).
- Tabel 6.4: het is de vraag is of deze klopt.

Hoofdstuk 7

- Dit hoofdstuk bevat veel waardevolle informatie over de complexiteit van het veld. Dit roept steeds de vraag op die als algemeen commentaarpunt hierboven is genoemd, waarom de onderzoekers niet tot kwantificering zijn gekomen terwijl dit wel binnen het bereik zou zijn geweest. Zie verder onder paragraaf 1, 'Benadering'.
- Onduidelijk is in dit hoofdstuk hoe de berekeningen precies tot stand zijn gekomen.

Hoofdstuk 8

- Uit paragraaf 8.2, verantwoording ramingsmodel, wordt de rekenmethode die is gehanteerd om tot de genoemde uitkomsten te komen niet duidelijk. Er wordt gesteld dat het rekenmodel van het Capaciteitsorgaan is gebruikt. Wij vragen ons dat echter af en zouden graag specifiekinzicht krijgen in de onderliggende vergelijkingen en berekeningen van het model.

Bijlage 3

- Hier ontbreken de orthodontisten en MKA-chirurgen als 'aanverwante beroepsgroepen' die wel degelijk aan een rol spelen in de capaciteitraming van tandartsen, zoals ook in het Capaciteitsplan 2013 verwerkt.