

Vergaderjaar 2020–2021

**35 882**

## **Initiatiefnota van het lid Van den Berg over «Mondzorg: een goed begin is het halve werk»**

**Nr. 2**

### **INITIATIEFNOTA**

*Een gezond en goed verzorgd gebit is belangrijk om goed te kunnen eten en praten. Ook draagt het bij aan je zelfvertrouwen en je totale gezondheid (Patiëntenfederatie).*

#### **1. INLEIDING**

Het gaat niet goed met de mondzorg in Nederland: veel ouders met kinderen weten de weg naar de tandarts niet te vinden. In het bijzonder onder kinderen met lage sociaaleconomische status (SES) ontstaat een zorgwekkende achterstand in mondzorg.

Regionale verschillen worden steeds groter. Bovendien kunnen gaatjes in melkgebit bij kinderen leiden tot een vroegtijdig verlies van het blijvend gebit op volwassen leeftijd. Ziektes als diabetes, hart- en vaatziekten en enkele zwangerschap complicaties worden gerelateerd aan gebits- c.q. tandvleesproblemen.

Een en ander wordt mede veroorzaakt door een landelijk tekort aan tandartsen en de wijze waarop ongewenste regionale witte vlekken (niet) worden ingevuld. Maar ook omdat veel ouders niet weten dat mondzorg tot 18 jaar in het basispakket wordt vergoed. Daarnaast spelen culturele problemen een rol zoals onbekendheid over het belang van goede mondzorg. Beide problemen wil de initiatiefneemster aanpakken en in deze nota voorstellen doen die de situatie verbeteren.

Zorg moet *beschikbaar, bereikbaar & betaalbaar* zijn. Initiatiefneemster oppert in deze nota enkele voorstellen tot aanpak van de landelijke tandarts-tekorten alsmede tot betere mondzorg voor kinderen onder de 18 jaar waardoor later onnodige mondzorgkosten voorkomen kunnen worden.

De initiatiefneemster vindt dit van groot belang omdat alle kinderen die goede start verdienen. Mede omdat wij een stelsel hebben (de zorgverzekeringswet) waarbij mondzorg onder de 18 jaar beschikbaar is, het wordt

immers door de rijksoverheid vergoed. Maar zo moet zij constateren, blijktbaar is die mondzorg niet voor alle kinderen goed bereikbaar.

Het CDA wil in het geval van mondzorg de bereikbaarheid zowel in de krimpregio's, en voor kinderen verbeteren. Wij kunnen pleiten voor een solidair zorgsysteem maar dan moeten wij geen kansen en mogelijkheden die het huidige systeem biedt onbenut laten.

## **2. DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN: HOE IS HET NU GEREGELD IN DE ZVW VOOR KINDEREN**

Elke Nederlander is verplicht minimaal een basiszorgverzekering te hebben. Dit geldt ook voor kinderen. Ouders hoeven voor kinderen onder 18 jaar geen aparte zorgverzekering af te sluiten. Kinderen tot 18 jaar kunnen namelijk met de ouders worden meeverzekerd. Dit gebeurt echter niet automatisch. Ouders dienen binnen 4 maanden na de geboorte hun kind in te schrijven bij hun eigen zorgverzekeraar.

Voor kinderen onder de 18 jaar hoeft geen premie worden betaald. Kinderen onder 18 jaar hebben daarom ook geen recht op zorgtoeslag. Als ouders een aanvullende verzekering hebben afgesloten dan kan het kind(eren) ook voor deze aanvullende zorg meeverzekerd worden. Bij veel zorgverzekeraars kunnen kinderen gratis worden meeverzekerd in het aanvullende zorgpakket van hun ouders.

Voor kinderen tot 18 jaar hoeft geen premie en daarom ook geen eigen risico betaald te worden. In sommige gevallen kan het kind via een aanvullende verzekering wel een vergoeding voor de eigen bijdrage ontvangen.

Om dit allemaal te bekostigen ontvangen de zorgverzekeraars financiële middelen. De overheid betaalt een rijksbijdrage voor jongeren tot 18 jaar. Die jongeren hoeven – zie eerder- geen premies, bijdragen en belastingen te betalen.

In 2019 en 2020 was die rijksbijdrage 2,7 mld. euro. Dit is het totaalbedrag voor alle zorgkosten in de zorgverzekeringwet voor kinderen/jongeren onder de 18 jaar.

In 2019 bedroegen de totale uitgaven aan de gezondheidszorg 81 mld. (CBS; dit is exclusief uitgaven aan Jeugdzorg en WMO). De uitgaven aan mondzorg in tandheelkundige praktijken bedroegen in dat jaar 3.3 mld. (CBS). Dit komt neer op 4,07% van de totale zorguitgaven.

### *2.1 TANDARTS- EN ORTHODONTIE-KOSTEN VOOR 18 MINNERS*

Is het kind jonger dan 18 jaar, dan is hij of zij via de basisverzekering verzekerd voor eventuele tandartskosten. Bij volwassenen zit tandartszorg in het aanvullende pakket en zijn er beperkingen aan de vergoeding. Maar voor kinderen tot 18 jaar worden de volgende behandelingen «gedekt» door de basisverzekering:

- Periodiek preventief onderzoek
- Incidentele consulten
- Verdoving
- Vullingen
- Behandeling van het parodontium
- Verzegeling van kauwvlakken
- Verwijderen van tandsteen
- Fluoridebehandeling (vanaf 6 jaar)
- Behandeling aan kaakgewricht
- Plaatjes en frameprothesen
- Röntgenonderzoek (behalve door de orthodontist)
- Kronen, bruggen en implantaten (alleen wanneer de fronttanden niet zijn aangelegd of wegens een ongeval zijn verloren)

- Chirurgische tandheelkundige hulp (m.u.v. implantaten).

### **3. HUIDIGE PROBLEMEN IN DE MONDZORG: VOORKOMEN IS BETER DAN GENEZEN**

Op 4 oktober 2019 heeft de initiatiefneemster samen met collega Raemakers (D»66) een gewijzigde motie ingediend die op 8 oktober is aangenomen<sup>1</sup>. In de motie werd de regering verzocht via een samenstel van aanvullende activiteiten en communicatie aandacht te genereren voor het belang van goede mondzorg voor kinderen en het feit dat tandartsbezoek (en bezoek aan de mondhygiënist) voor kinderen tot 18 jaar gratis is. Veel ouders bleken hier namelijk niet van op de hoogte. Een aanleiding tot deze motie is onder andere de brief van de ANT aan de Minister over dit onderwerp. In de brief verzocht de ANT de Minister om aan verzoekers op te dragen ouders en verzorgers van kinderen die de tandarts niet bezoeken rechtstreeks aan te schrijven.

Op 21 mei 2021 stond in de *Telegraaf* een opinieartikel van gepensioneerd tandarts James Huddleston Slater sr. Met als titel: *Meer tandartsen opleiden is duur en ongezond*. Hij geeft aan dat het kwaad in feite al is geschied als je naar de tandarts moet. Want veel klachten worden veroorzaakt door cariës, oftewel: gaatjes. Gaatjes ontstaan door tandplak. Tandplak ontstaat door bepaalde voedingsmiddelen zoals suikers en door onvoldoende onderhoud zoals tandenpoetsen en flossen. Gaatjes boren en vullen is niet fijn voor de patiënt, brengt kosten met zich mee en geeft een grotere kans op gebitsproblemen bij ouder worden. Voorkomen is dus het beste.

#### **Figuur 1: zie bijlage<sup>2</sup>.**

Daarnaast is het de belangrijkste oorzaak voor een slechte mondgezondheid op latere leeftijd. Zo zijn er vaak tandvleesproblemen als diabetes moeilijk onder controle komt.

De onherstelbare schade in het melkgebit heeft tot gevolg hoge en levenslang doorlopende kosten (bron: Delta Dental, 2004, Jevdjevic, 2019). Bovendien leidt het tot vroegtijdig verlies van het blijvend gebit (Isaksson, 2013).

In het algemeen is bekend dat gezonde tanden en kiezen belangrijk zijn voor de gezondheid.

En eetgewoontes en gedrag zijn zeer bepalend voor gezondheid van de mond.

Zo worden diabetes, hart- en vaatziekten en enkele zwangerschap complicaties gerelateerd aan gebits- c.q. tandvleesproblemen. Maar meer inzicht is wenselijk om de precieze aard van de relaties te verduidelijken, zo stelt KNMT. Het eerste voorstel die de initiatiefneemster doet is dat er meer onderzoek moet komen waardoor de kennis en bewustwording groter wordt over het belang van goede mondzorg en de lange termijn gevolgen hiervan.

#### **VOORSTEL 1.**

De kennis en bewustwording over het belang van goede mondzorg moet beter door meer onderzoek te laten doen naar de gevolgen van slechte gebitsverzorging voor de algehele gezondheid.

<sup>1</sup> Kamerstuk 34 104, nr. 263

<sup>2</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

### 3.1 KINDEREN GAAN NIET NAAR DE TANDARTS; HET LANDELIJKE EN REGIONALE BEELD

Het aantal kinderen dat niet naar de tandarts gaat is hoog. Dat blijkt uit verschillende metingen en onderzoeken (Generation R, KNMT). Dit ondanks het feit dat tandartszorg voor kinderen tot 18 jaar verzekerd is en er dus geen financiële drempel voor ouders is voor mondzorg voor hun kinderen. Landelijk blijkt dat ongeveer 250.000 kinderen niet naar de tandarts gaan. Maar er zijn grote regionale verschillen zoals blijkt uit onderstaande figuur.

#### **Figuur 2: zie bijlage<sup>3</sup>.**

De regering heeft als doel gesteld: een rookvrije generatie in 2040. Volgens het CDA moeten we voor de volgende generatie net zo hard werken aan een gaatjesvrije generatie in 2040. Hiervoor is het nodig dat alle kinderen tot 18 jaar regelmatig de tandarts bezoeken.

In reactie op de motie D66 en CDA stuurt Minister Bruins in februari 2020<sup>4</sup> een brief naar de Tweede Kamer. Uit vele gesprekken met het veld blijkt dat er verschillende redenen zijn waarom ouders niet met hun kinderen naar de tandarts gaan. We noemen;

Het grootste deel van de kinderen dat niet naar de tandarts gaan betreft kinderen onder de vier jaar. Het blijkt dat sommige ouders niet weten dat geadviseerd wordt al vanaf de leeftijd van twee jaar naar de tandarts te gaan (of al bij het doorbreken van het eerste tandje).

In het drukke gezinsleven denken mensen er niet altijd tijdig aan om naar de mondzorgverlener te gaan, waardoor een bezoek wordt uitgesteld. Als deze ouders dan ook de weg naar de mondzorgverlener niet makkelijk weten te vinden, bijvoorbeeld omdat zij laaggeletterd zijn, is het risico groot dat de kinderen uiteindelijk niet naar de tandarts gaan.

Sommige ouders weten niet dat zij niet voor de mondzorg voor kinderen hoeven te betalen, uitgezonderd bepaalde prestaties zoals beugels en kronen.

Sommige ouders hebben zelf een goed gebit door maatregelen uit het verleden, zodat zij de link naar de leefstijl voor hun kinderen niet leggen. Het kan ouders afschrikken als de tandarts bij het bezoek van het kind aan de ouder vragen wanneer deze zelf weer eens langs komt voor controle. Tot slot geven de partijen aan dat er mogelijk onvoldoende capaciteit is in de mondzorg om ook alle kinderen die nu niet naar de tandarts gaan te behandelen.

De toegenomen inzet van de beroepsgroepen op het bereiken van kinderen die nu geen of te weinig mondzorg afnemen is door het Capaciteitsorgaan meegenomen in haar raming voor het benodigde aantal opleidingsplaatsen in de mondzorg.

Naar aanleiding van de motie van D66/CDA heeft het ministerie ouders van jonge kinderen (doelgroep van 25–40 jarigen) actief geïnformeerd dat zij niet voor mondzorg voor hun kinderen hoeven te betalen en dat dit ook niet ten koste gaat van het eigen risico. Het onderwerp is als één van de vier hoofdonderwerpen meegenomen in de jaarlijkse campagne over zorgverzekeringen van VWS.

<sup>3</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>4</sup> Kamerstuk 33 578, nr. 78

Ook zorgverzekeraars ondernemen activiteiten om ouders actief te informeren zie brief van 25 oktober 2019 (Kamerstuk 29 689, nr. 1031). Hierin is ook opgenomen dat de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) begin september heeft aangegeven aan de Zorgverzekeraars dat de privacyreggeving niet in de weg staat om activiteiten specifiek te richten op ouders van kinderen die niet naar de mondzorgverlener gaan. De zorgverzekeraars mogen van de Autoriteit Persoonsgegevens ouders informeren over het feit dat er van hun kinderen geen tandartsdeclaraties zijn ontvangen. Zorgverzekeraars mogen hier de tandarts niet over informeren.

### **Enkele goede praktijkvoorbeelden**

Zorgverzekeraar CZ, de gemeente, lokale tandartsen en de KNMT slaan de handen ineen om meer kinderen op controle bij de tandarts te krijgen in Heerlen. Ouders van kinderen in deze stad die niet naar de tandarts zijn geweest, krijgen een brief van de zorgverzekeraar. Daarin roept de zorgverzekeraar ouders op hun kind alsnog de tandarts te laten bezoeken. Het gaat om een groep van 2.400 kinderen.

In de brief, die DSW vorig jaar in Schiedam verstuurde, zette DSW het belang van een goed gebit uiteen en benadrukte dat mondzorg voor jeugd tot 18 jaar geen kosten voor de verzekerde met zich meebrengt. Na een half jaar hebben 127 van de 296 aangeschreven jeugdigen de tandarts bezocht. Voorafgaand aan het experiment had DSW medewerking gevraagd aan regionale tandartsen. Vijftien zegden toe nieuwe patiënten in hun praktijk te willen opnemen. Uiteindelijk zijn 51 kinderen naar dezelfde tandarts gegaan als die van de ouders. De overigens meldden zich bij een andere tandarts of gingen naar een gespecialiseerde jeugd-tandarts. Verder bleken 20 ouders geen aanvullende verzekering te hebben; 5 van hen hebben per 1 januari 2019 alsnog AV afgesloten. De resultaten zijn voor de zorgverzekeraar dermate bemoedigend dat het experiment in 2020 werd uitgebreid met Vlaardingen en Maassluis. In haar antwoorden d.d. 21 juni 2021<sup>5</sup> op vragen van indiener geeft de Minister aan dat ze een structurele monitor opzet (opgesteld door RIVM) om de mondgezondheid landelijk te monitoren. Dat waardeert indienster want goede mondzorg is van belang.

Echter, Minister stelt ook dat er geen signalen zijn dat kinderen niet bij tandartspraktijken terecht kunnen als ouders ze willen inschrijven. Ze geeft aan dat 87% nog nieuwe patiënten aanneemt maar stelt gelijktijdig dat de helft wel eisen stelt aan de nieuwe patiënt. Dat laatste is wat betreft indiener een indicatie dat het juist niet zo makkelijk is een tandarts te vinden voor nieuwe patiënten. Daarom is het des te belangrijker dat kinderen actief worden uitgenodigd.

### **VOORSTEL 2.**

De regering gaat in overleg met zorgverzekeraars waarbij zij structurele en concrete afspraken gaan maken om ouders van kinderen onder de 18 jaar actief te informeren.

Zoals dat zorgverzekeraars ouders – die voor hun kinderen geen gebruiken maken van de gratis mondzorg – twee keer per jaar per brief uitnodigen. Daarnaast benadrukken zij bij de toezending van de polis dat mondzorg tot 18 jaar in het basispakket zit. Kinderen zelf ontvangen bij 4 jaar een informatiepakket en bij 12 jaar een persoonlijke uitnodiging.

---

<sup>5</sup> Aangangsel Handelingen II 2020/21, nr. 3243

### 3.2 ACHTERSTAND MONDZORG ONDER KINDEREN EN MET NAME BIJ LAGE SES EN BEPAALDE ETNICITEIT

Op dit moment constateren we dat 250.000 kinderen van 3,4 miljoen kinderen niet naar de tandarts gaan en dat die achterstand nog groter is onder kinderen met een lage SES en van een bepaalde sociaaleconomische achtergrond.

Uit onderzoek van TNO (2017) en van het Erasmus MC (van der Tas, 2017) blijkt dat de mondzorg onder kinderen met een lage SES en van bepaalde etniciteit slechter is dan onder kinderen van autochtone afkomst. Een sprekend voorbeeld hiervan is Rotterdam. Figuur 3 laat zien dat in de roodgekleurde wijken van Rotterdam kinderen wonen met veel cariës terwijl in de noordelijke wijken er cariës wordt gevonden in een mate die vergelijkbaar is met de Nederlandse situatie.

**Figuur 3: zie bijlage<sup>6</sup>.**

De Minister stelt dat het de voorkeur heeft dat ouders zelf met hun kinderen naar de tandarts gaan. Zodat ook de ouders bij het consult geïnformeerd worden over de gezondheid van het gebit en hoe de dagelijkse zorg kan worden verbeterd. Er zijn echter wijken in Nederland waar veel kinderen niet naar de mondzorgverlener gaan. In deze wijken kan de mondzorg worden bevorderd via instellingen voor Jeugd tandverzorging. De initiatiefneemster is ervan overtuigd dat dit alleen niet voldoende is om dit probleem op te lossen.

#### **VOORSTEL 3.**

Gemeenten gaan in gesprek met de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's). Bij het consultatiebureau dient het bewustzijn van ouders van jonge kinderen voor goede mondzorg vergroot te worden en bewust onder de aandacht te worden gebracht. Zoals folders over mondzorg in begrijpelijke taal aan ouders meegeven. Maar de gemeente kan ook bij de aangifte van een geboorte in het gemeentehuis een folder meegeven over mondzorg. Verder kunnen gemeenten hier in hun lokale beleid aandacht voor hebben en goede mondzorg promoten bijvoorbeeld kinderdagverblijven/lagere scholen de mogelijkheid bieden een deel van de ouderavond te laten vullen door de tandarts of mondhygiënist.

Maar ook tussen volwassenen is er groot verschil in mondzorg tussen regio's. Uit de onderzoeksgegevens van het CBS over 2014 tot en met 2016 blijkt dat ook bij volwassenen er verschil is in aandacht voor mondzorg tussen regio's. De regio Rotterdam en omgeving scoort zorgelijk laag ten opzichte van andere regio's.

**Figuur 4: zie bijlage<sup>7</sup>.**

## **4. LANDELIJK TEKORT AAN TANDARTSEN EN REGIONALE VERSCHILLEN**

Op termijn zouden we door de inzet op preventie minder tandartsen nodig moeten hebben die achterstallig onderhoud van het gebit moeten verhelpen. Maar op dit moment is er een tekort en dat tekort aan tandartsen gaat de komende jaren alleen maar toenemen.

<sup>6</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>7</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

#### 4.1 ENKELE CIJFERS

Er zijn bijna 9.700 werkzame tandartsen en ruim 3.500 werkzame mondhygiënisten in Nederland. Het aantal uren en fte is bij beide groepen gestegen, wat kan duiden op toekomstige krapte. De mondhygiënisten werken gemiddeld 0,77 fte, de tandartsen 0,87 fte.

De leeftijdsopbouw van beide beroepen verschilt. Bij de tandartsen zijn de ouderen in de meerderheid, waardoor de uitstroom in de nabije toekomst hoger is. De mondhygiënisten zijn een jongere beroepsgroep, waardoor de vervangingsvraag verder in de toekomst ligt.

Opvallend is dat het starten van een eigen praktijk voor jonge professionals minder aantrekkelijk lijkt geworden. De afgelopen jaren zijn er steeds meer tandartsen uit het buitenland ingestroomd op de Nederlandse arbeidsmarkt. Sinds 2017 vertoont deze instroom echter een vrij scherpe daling<sup>8</sup>.

Tandheelkunde heeft al jaren een numerus fixus en dat betekent loting voor toelating. Alle faculteiten Tandheelkunde kennen daarnaast «decentrale toelating». Hiermee kunnen kandidaten anders dan middels de loting via DUO toegelaten worden. De regeling is bedoeld voor gegadigden die aantoonbaar blijken te hebben gegeven een zware opleiding aan te kunnen en die speciaal gemotiveerd zijn voor de tandheelkunde. Jaarlijks zijn er in totaal 259 studieplaatsen: 144 in Amsterdam, 48 in Groningen en 67 in Nijmegen.

Elke universiteit heeft zijn eigen beleid en procedure voor de toelating.

Bovendien zijn er grote regionale verschillen in het aantal tandartsen per 10.000 inwoners.

Uit de figuur – hieronder – blijkt dat er landelijk een tekort bestaat aan tandheelkundige zorgverleners (tandartsen en mondhygiënisten), zie figuur 5, bron: [www.volksgezondheinzorg.info](http://www.volksgezondheinzorg.info) / KNMT.

**Figuur 5: zie bijlage<sup>9</sup>.**

#### 4.2 HET ADVIES VAN HET CAPACITEITSORGAAN EN REACTIE VAN DE REGERING

Met de in december 2019 beschikbaar gekomen *Kernprognose bevolking 2019–2060* heeft het *Capaciteitsorgaan* in april 2020 haar advies voor instroom opleiding tandarts en mondhygiënisten naar boven bijgesteld. Het advies van het *Capaciteitsorgaan* voor verruiming van tandartsopleiding ligt er al jaren maar met dit advies van 100 extra plaatsen per jaar is dit nog nooit zo duidelijk geweest.

De globale extra kosten voor deze verruiming van de opleiding tandheelkunde met extra 100 plaatsen per jaar worden geschat op € 28 mln. per jaar<sup>10</sup>. In antwoorden op schriftelijke vragen<sup>11</sup> over het tekort aan tandartsen stelt de Minister dat het gaat om een totaal bedrag van € 26,3 mln.

In de brief van december 2020 stelt Minister van Ark dat voor tandheelkunde (in het bijgestelde advies van het Capaciteitsorgaan van 3 april 2020) een verhoging van de instroom in de opleiding Tandheelkunde wordt geadviseerd (Kamerstuk 29 282, nr. 427). Een verhoging met

<sup>8</sup> Uit het nadere advies van het capaciteitsorgaan (december, 2019)

<sup>9</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>10</sup> <https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2019/12/Capaciteitsplan-2021–2024-Deelrapport-3b-ELM.pdf>

<sup>11</sup> Aanhangsel Handelingen II 2020/21, nr. 3243



100 plaatsen (van 259 naar 359 plaatsen) omdat er in de komende jaren relatief veel oudere tandartsen het vak zullen verlaten. Hierdoor zullen op wat langere termijn meer tandartsen nodig zijn omdat men gemiddeld minder dan fulltime werkt.

In de OCW-begroting 2020 werd echter de verwachting uitgesproken dat het Capaciteitsorgaan een daling van de capaciteit van de initiële opleiding Geneeskunde zou adviseren. Echter, de instroom in de opleiding Geneeskunde wordt niet verlaagd en hierdoor komt geen budget vrij om een verhoging van de instroom met 100 plaatsen in de opleiding Tandheelkunde door te kunnen voeren. De komende periode wordt bezien of, en zo ja op welke wijze, in de toekomst beter gevolg kan worden gegeven aan het advies van het Capaciteitsorgaan. Vervolgens vindt de Minister het aan een volgend kabinet om keuzes te maken over de uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen tandheelkunde en de structurele financiering hiervan. In antwoord op de schriftelijke vragen van de initiatiefneemster stelt de Minister toch op korte termijn met het kabinet beziet wat op korte termijn de mogelijkheden zijn om het aantal opleidingsplaatsen uit te breiden.

In antwoord d.d. 21 juni 2021 op vragen van indienster geeft de Minister aan dat benodigde 26, 30 miljoen voor de uitbreiding van 100 opleidingsplaatsen (zoals door het Capaciteitsorgaan geadviseerd) niet beschikbaar is op de OCW-begroting.

*Het kabinet beziet wat op korte termijn de mogelijkheden zijn om het aantal opleidingsplaatsen uit te breiden.*

De initiatiefnemer waardeert dat de Minister ernaar gaat kijken maar roept op dit voortvarend op te pakken en geen tijd verloren te laten gaan. Een opleiding tot tandarts duurt 6 jaar. Zij is van mening dat het advies van het Capaciteitsorgaan serieuzer moet worden genomen en er direct enkele tientallen plaatsen gerealiseerd moeten worden waarbij spreiding van tandartsen over regio's met onderbezetting een voorwaarde is.

#### **VOORSTEL 4.**

Verruim op korte termijn het aantal opleidingsplaatsen tandheelkunde en kijk daarbij in het bijzonder om de regionale «witte vlekken» op te lossen.

##### **4.3 REGIONALE SPREIDING VAN TANDARTSEN IS NODIG**

Uit andere gegevens blijkt dat een opgeleide tandarts veelal aan de slag gaat in de regio waar deze is opgeleid.

#### **Figuur 6: zie bijlage<sup>12</sup>.**

Tandartsen blijven «hangen» in de steden Groningen, Amsterdam en Nijmegen: steden waar de tandartsen zijn opgeleid. Deze bevindingen, in samenhang met de multiculturele samenstelling van de bevolking en aanwezigheid van zwakkere groepen in sociaal en economisch opzicht, veroorzaken een significante achterstand in mondzorg in onder andere de regio Zuidwest Nederland met grote steden als Tilburg, Breda en in Rotterdam.

Daarom moet het aantrekkelijker worden voor tandartsen om zich juist te vestigen in de krimpgebieden. Hier lopen al enkele initiatieven voor. De initiatiefneemster heeft in december 2020 ook een lans gebroken voor de huisartsenspreiding, er moeten meer (beginnende) huisartsen naar regio's

<sup>12</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)



die nu onderbezet zijn of snel raken. De Minister voor Medische Zorg, de provincies en zorgverzekeraars moeten beter en meer gaan samenwerken om het tekort aan artsen in deze regio's op te lossen. Voor beginnende artsen moet het aantrekkelijker worden in deze regio's te gaan wonen en werken en dit geldt ook voor tandartsen. Het is belangrijk dat regio's leefbaar blijven en naast basisonderwijs betekent dit ook dat de bereikbaarheid van eerstelijnszorg zoals de huisarts en de tandarts goed wordt geregeld.

In haar antwoord d.d. 21 juni 2021 op vragen van indienster geeft de Minister aan dat regionale verschillen in het bezoek haar niet bekend zijn en dat het Capaciteitsorgaan in een volgende raming in 2022 ook de regionale spreiding van tandartsen en van tandartsbezoek in kaart brengt. Maar dat zou betekenen dat op z'n vroegst in 2023 de discussie daarover op gang komt. Dat is voor indienster te laat want grote regionale verschillen zijn nu al zichtbaar en worden steeds meer zichtbaar.

#### **VOORSTEL 5.**

Het aantrekkelijker maken voor tandartsen om zich in een zwakke regio te vestigen zoals Zeeland, Zuid Holland Zuid, West Brabant, Limburg, Friesland en Overijssel.

#### **5. BESLISPUNTEN**

De indiener verzoekt de Kamer in te stemmen met de volgende beslispunten:

1. Meer onderzoek naar belang van goede mondzorg waardoor de kennis en bewustwording groter wordt.
2. Structurele afspraken met zorgverzekeraars over voorlichting aan kinderen en ouders over gratis mondzorg tot kinderen 18 jaar zijn.
3. Specifieke aandacht voor mondzorg bij kinderen door gemeenten bij kinderdagverblijven, scholen en CJG's.
4. Het aantal opleidingsplaatsen voor tandheelkunde verruimen.
5. Aantrekkelijk maken voor tandartsen om zich in een zwakke mondzorgregio's te gaan vestigen.

#### **6. FINANCIËLE CONSEQUENTIES**

De budgettaire effecten van de voorstellen in deze initiatiefnota kunnen verschillen. In veel gevallen zijn de budgettaire effecten afwezig of zeer beperkt. Door de rijksbijdrage voor de 18-minners in het zorgverzekeringsfonds zijn de financiële consequenties zeer gering. We hebben het immers over bestaand financieel beleid waarvoor meer aandacht moet komen.

Dit onderzoek kan in het normale budget worden opgevangen.

Voor de 100 extra opleidingsplaatsen is tussen de 26 & 28 mln. nodig. Er dient echter op korte termijn gestart te worden met enkele tientallen extra opleidingsplaatsen zodat het huidige aantal van 259 snel wordt uitgebreid. Dit kan meegenomen worden in de volgende OCW-begroting omdat er volgens de indiener haast is in ieder geval te starten met extra opleidingsplaatsen en leerplekken met name in de regio's die zich als zwak kenmerken.

Van den Berg

## BRONNEN

- van der Tas JT, Kragt L, Elfrink MEC, Bertens LCM, Jaddoe VVW, Moll HA, Ongkosuwito EM, Wolvius EB. Social inequalities and dental caries in six-year-old children from the Netherlands. *J Dent.* 2017 Jul;62:18–24.
- [https://www.staatvandemondzorg.nl/app/uploads/2019/06/Gezonde-mond-gezond-lichaam\\_Samenvatting-en-conclusies.pdf](https://www.staatvandemondzorg.nl/app/uploads/2019/06/Gezonde-mond-gezond-lichaam_Samenvatting-en-conclusies.pdf)
- Kragt L, van der Tas JT, Moll HA, Elfrink ME, Jaddoe VW, Wolvius EB, Ongkosuwito EM. Early Caries Predicts Low Oral Health-Related Quality of Life at a Later Age. *Caries Res.* 2016;50(5):471–479.
- Isaksson H, Alm A, Koch G, Birkhed D, Wendt LK. Caries prevalence in Swedish 20-year-olds in relation to their previous caries experience. *Caries Res.* 2013;47(3):234–42.
- Jevdjevic M, Trescher AL, Rovers M, Listl S. The caries-related cost and effects of a tax on sugar-sweetened beverages. *Public Health.* 2019 Apr;169:125–132.
- <https://www.cdhp.org/resources/298-lifetime-costs-of-a-cavity-by-delta-dental>
- <https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2021/02/3a.-Bijstelling-advies-brief-t.a.v.-VWS-3-april-2020.pdf>