

Vraag en aanbod in de tandheelkunde: 1961-1991

Samenvatting. Een beknopt overzicht wordt gegeven van de voornaamste ontwikkelingen in de afgelopen 30 jaar met betrekking tot de vraag- en aanbodaspecten in de Nederlandse tandheelkundige gezondheidszorg. Tevens wordt vooruitgekeken naar gewenste ontwikkelingen in de nabije toekomst.

BURGERSDIJK RCW, BRONKHORST EM. Vraag en aanbod in de tandheelkunde: 1961 - 1991. Ned Tijdschr Tandheelkd 1991; 98: 326-8.

R.C.W. Burgersdijk, tandarts
E.M. Bronkhorst, wiskundig ingenieur

Uit de vakgroep Cariologie en Endodontologie, faculteit der Medische Wetenschappen van de Katholieke Universiteit te Nijmegen.

Trefwoorden: **Sociale tandheelkunde** –
Tandheelkundige faculteiten – Mankrachtplanning

Datum van acceptatie: 10 mei 1991.

Adres: Prof. Dr. R.C.W. Burgersdijk, postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

1 Aanbodzijde

De turbulente ontwikkeling in de afgelopen tien jaar op het terrein van de aanbodzijde van tandartsen vindt in principe reeds zijn oorsprong in 1961 toen besloten werd in Nijmegen een derde tandheelkundige opleiding te starten naast de reeds bestaande opleidingen in Utrecht en Groningen. Een besluit dat op dat moment zeer logisch was gezien het tekort aan tandartsen. De in de jaren zestig toenemende vraag naar tandheelkundige hulp en het feit dat de afstuderende tandartsen geen belangstelling hadden voor vestigingen in bepaalde regio's in Nederland leidden tot het ontstaan van een aantal tandheelkundige noodgebieden. Dit fenomeen dat doordrong tot de nationale politiek, alsmede het gegeven dat universiteiten zich op allerlei terreinen wilden uitbreiden, leidden te zamen tot het achteraf bezien onverstandige besluit om nog een vierde en vijfde opleiding te starten aan de Universiteit van Amsterdam (1964) en de Vrije Universiteit (1968). De totale instroom van eerstejaars studenten tandheelkunde steeg daardoor in korte tijd naar 465, resulterend in ± 360 afgestudeerde tandartsen per jaar. Welis-

waar leverde deze aantallen een forse bijdrage aan het op korte termijn opheffen van de noodgebieden, maar de snelle toename resulteerde tevens in een, thans nog steeds zichtbare, onevenwichtige leeftijdsopbouw van het Nederlandse tandartsenbestand (tab. I).

Het gelijktijdig op de markt komen van vele nieuwe tandartsen gaf, nadat de grootste nood geledigd was, eind jaren zeventig de eerste spanningen bij de vrije vestiging van deze tandartsen. Mede hierdoor uitte de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde de eerste waarschuwingen dat continuering van de bestaande instroom tot problemen op de arbeidsmarkt voor tandartsen zou gaan leiden. In 1983 kwam de ministeriële Adviescommissie Opleiding Tandheelkunde in een eerste tussenrapportage met een berekening resulterend in een gewenste opleidingscapaciteit van 280 eerstejaars studenten.¹ De minister van Onderwijs greep dit advies met beide handen aan bij zijn bezuinigingsoperatie, bekend als de Taakverdeling en Concentratie-operatie. Hij besloot de numerus fixus Tandheelkunde terug te brengen van 465 naar 300. Als instrument daartoe koos hij voor de sluiting van de

faculteit in Utrecht en een samenvoeging van de beide Amsterdamse faculteiten.

Per 1 januari 1984 werden de ziekenfondsen gemachtigd, om budgettaire redenen, op basis van artikel 47 lid 3 van het Ziekenfondsbesluit contracten te weigeren voor nieuwe vestigingen indien binnen een bepaalde regio de ratio tandarts-patiënt van 1 op 3000 was bereikt. Daardoor dreigde, bij continuering van een instroom van 300 studenten, een stuwmeer te gaan ontstaan van ± 2500 werkloze tandartsen. Dit gegeven was voor de minister van Onderwijs, toen in 1986 wederom een grote bezuinigingsoperatie diende te worden uitgevoerd, een uitgelezen kans een groot gedeelte van de bezuinigingen opnieuw bij de tandheelkundige faculteiten te leggen. De numerus fixus werd teruggebracht naar 120 en in zijn visie was daar slechts één tandheelkundige faculteit voor nodig, het ACTA. Het parlement besliste anders en na inschakeling van een externe adviescommissie bleef naast ACTA de Nijmeegse opleiding zeer beperkt bestaan in afwachting van definitieve besluitvorming in 1991 over de toekomstige behoefte aan tandartsen.

Concluderend kan geconstateerd worden dat de besluitvorming in de afgelopen 30 jaar steeds heeft plaatsgevonden op pragmatische, financiële en belangenbehartigingsgronden van de kant van de universiteiten, het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, de ziekenfondsen en de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde. Slechts in het AOT-advies van 1984 werd getracht de aantallen benodigde tandartsen te plaatsen in een bredere context van onder andere de te verwachten vraag vanuit de bevolking en nieuwe structuren van de tandheelkundige zorgverlening.² In dit kader werd tevens een relatie gelegd met de aard en hoeveelheid van tandheelkundige medewerkers. Reeds vanaf 1920 werd in Nederland de discussie gevoerd over de wenselijkheid om naast de tandartsassistent en de tandtechnicus nieuwe tandheelkundige medewerkers te introduceren.³ Na een bijna 50 jaar du-

Tabel I. Aantal actieve tandartsen naar leeftijd en geslacht per 1-1-1990.

Leeftijd	Mannen	Vrouwen	Totaal
< 25	9	3	12
25-29	408	109	517
30-34	848	195	1043
35-39	987	183	1170
40-44	957	139	1096
45-49	748	86	834
50-54	500	50	550
55-59	325	34	359
60-64	229	27	256
65-69	122	16	138
70+	182	37	219
Totaal	5315	879	6194

rende discussie over niet alleen het nut van een nieuwe hulpkracht maar ook over de te maken keuzen – de mondhygiënist of een kindertandverzorgster – ging in 1968 de eerste Nederlandse opleiding tot mondhygiënist van start aan de rijksuniversiteit van Utrecht. De UvA, KUN en VU volgden in respectievelijk 1971, 1972 en 1973.

In 1972 en 1973 gingen ook twee experimentele opleidingen tot kindertandverzorgsters van start aan respectievelijk de VU en de KUN. De kindertandverzorgster, mondhygiënist met eveneens curatieve bevoegdheden, werden tewerkgesteld in de georganiseerde jeugd tandverzorging. In het begin van de jaren zeventig ging aan de UVA in het kader van het zogenaamde Jordaan-project eveneens een experimentele opleiding tot curatief medewerker van start. Het betrof hier ook een mondhygiënist met uitgebreidere bevoegdheden maar niet beperkt tot curatieve ingrepen bij alleen jeugdigen. Ondanks het feit dat uit de evaluatie van de tewerkstelling van vooral de kindertandverzorgsters bleek dat deze nieuwe hulpkracht uitstekend in staat was om de gedelegeerde taken op kwalitatief hoog niveau uit te voeren, kwam er toch begin jaren tachtig een eind aan deze experimenten.⁴ Oorzaken hiervan waren:

- De NMT, in de jaren zeventig nog duidelijk een voorstander van de invoering van het beroep kindertandverzorgster, kwam door onder andere de stijging van het aantal tandartsen terug op dit standpunt.
- Politiek en maatschappelijk viel het draagvlak voor de georganiseerde jeugd tandverzorging steeds verder weg, en daarmee voor de tewerkstellingsmogelijkheid van kindertandverzorgsters.

Ook bij de ontwikkelingen in de afgelopen 30 jaar op het terrein van de inschakeling van hulpkrachten voor het uitvoeren van een routinematige behandeling moet geconstateerd worden dat de uiteindelijke besluitvorming niet gebaseerd was op inhoudelijke argumenten maar dat vooral het snel stijgende aantal tandartsen debet was aan zowel de beëindiging van de georganiseerde jeugdverzorging als aan het afbreken van de in gang gezette ontwikkeling naar mondhygiënist met uitgebreide bevoegdheden. Een onverwacht bijproduct van de gehele discussie was plotseling in 1990 de erkenning van de tandprotheticus, niet als tandheelkundige medewerker maar als zelfstandig opererend beroepsbeoefenaar.

2 Huidige situatie

Vanaf medio 1991 kent Nederland nog slechts twee opleidingen tot tandarts, in anciënniteitsvolgorde: KUN en ACTA. Te

zamen hebben beide instellingen een toegestane opnamecapaciteit van 150 eerstejaars studenten (KUN 45, ACTA 105) (30 hoger dan in 1987).

Het besluit om de opleidingscapaciteit van 120 naar 150 te brengen en tegelijkertijd de erkenning van de KUN als wederom een volwaardige opleiding, werd door de minister van Onderwijs en Wetenschappen mede genomen omdat in 1990 duidelijk werd dat, ondanks de vestingsbeperkingen het overgrote deel van de afgestudeerde tandartsen hun beroep op een of andere wijze kon uitoefenen. Als officieel werkloos tandarts stonden in februari 1991 slechts 86 personen bij de arbeidsbureaus geregistreerd.⁵ Ongeveer 440 tandartsen blijken hun al of niet tijdelijke heil te hebben gezocht in vooral Duitsland en Italië (aantal niet gebaseerd op afgegeven GHI-verklaringen, maar op tandartsen met adres in buitenland en jonger dan 65).⁶ Bovendien lijkt er een toenemende neiging van de zittende professie om niet meer fulltime in de praktijk werkzaam te zijn. Ook bij de recent afgestudeerde tandartsen lijkt er een toenemende wens te bestaan parttime te werken. Dit laatste gegeven wordt vooral sterk beïnvloed door het feit dat het percentage afgestudeerde vrouwelijke tandartsen sterk gestegen is ($\pm 50\%$ van de huidige eerstejaars tandheelkunde studenten is van het vrouwelijk geslacht).

3 Vraagzijde

Parallel aan de onverwachte ontwikkeling aan de aanbodzijde van tandartsen bleken zich ook snelle ontwikkelingen te voltrekken aan de vraagzijde:

- In het AOT-rapport werd nog uitgegaan van CBS-prognoses waarin de Nederlandse bevolking in het jaar 2000 een maximale omvang zou bereiken van 15,1 miljoen inwoners. De CBS-prognose van 1990 (middenvariant) gaat echter uit van 15,9 miljoen inwoners in het jaar 2000 met een verdere stijging tot 16,5 miljoen in 2020.
- De AOT-commissie had indertijd niet de beschikking over representatieve epidemiologische tandheelkundige gegevens van de Nederlandse dentate be-

volking. Uit het in 1986 uitgevoerde Landelijk Epidemiologisch Onderzoek Tandheelkunde (LEOT) bleek dat:

- Het percentage regelmatige bezoekers onder de Nederlandse dentate bevolking snel gestegen was naar 80% .⁷
- Het percentage prothesedragers in de leeftijdscategorie onder 20 tot 45 jaar zeer snel was gedaald tot 5% .⁸

Ondanks de eveneens ingezette snelle verbetering van de gebitsgezondheid van vooral de jeugdigen resulteerden deze veranderingen in een veel grotere vraag naar tandheelkundige hulp vanuit de bevolking dan indertijd verwacht.

De groei aan zowel de aanbodzijde als de vraagzijde hebben ertoe geleid dat Nederland, zoals bleek uit het LEOT-project, een mondiaal gezien zeer hoge restauratiegraad kent. Van alle ontstane caviteiten is bij de volwassen bevolking gemiddeld 80% gerestaureerd.⁸ Negatieve uitschieters met betrekking tot de verzorgingsgraad zijn te vinden bij de jeugd: slechts 25% van de caviteiten in het melkgebit is behandeld,^{9 10} en $\pm 90\%$ van de volwassenen heeft een parodontologische behandelingsbehoefte.

4 Nabije toekomst

Zelfs indien rekening wordt gehouden met een massale terugkeer van tandartsen uit Italië en Duitsland en met een 'witting' van de huidige 'zwartwerkers' in de Nederlandse praktijken kan redelijk zeker voorspeld worden dat binnen vier tot vijf jaar een krapte op de arbeidsmarkt aan tandartsen zal optreden. Met behulp van het aan de KUN ontwikkelde computersimulatiemodel is berekend hoeveel studenten in de tandheelkunde vanaf 1992 in opleiding genomen dienen te worden om het bestaande niveau van tandheelkundige zorgverlening in Nederland op peil te houden (tab. II).¹²

Bij de berekening werd uitgegaan van:

- de laatste CBS-gegevens;
- de veranderde leeftijdsopbouw van de bevolking;
- de huidige belangstelling vanuit de bevolking;

Tabel II. Scenario betreffende vervangingsvraag naar tandartsen.

Jaar	Mannen	Vrouwen	Totaal
1980	350	99	449
1985	175	106	281
1990	54	58	112
1995	117	133	250
2000	113	127	240
2005	127	143	270
2010 t/m 2035	117	133	250

- de stijging van het percentage vrouwelijke tandartsen.

Geen rekening is gehouden met:

- terugkeer van Nederlandse tandartsen uit het buitenland;
- verdere daling van het percentage edentaten;
- veranderingen in de mondgezondheid van dentaten.

Uit tabel II blijkt dat onder voornoemde condities de komende jaren gemiddeld 265 eerstejaars studenten in de tandheelkunde noodzakelijk zouden zijn. Betekenen deze gegevens nu dat onverwijld de numerus fixus verhoogd dient te worden bij het AC-TA en de KUN en dat zelfs Groningen de poorten weer moet openen? Die conclusies mogen (nog) niet getrokken worden. Er mag niet, zoals dat in het verleden het geval is geweest, op *ad hoc*-gronden een besluit genomen worden met verstrekkende gevolgen. Nog niet berekend is, bijvoorbeeld, wat het effect zal zijn van een verdergaande verbetering van de mondgezondheid op het aantal benodigde tandartsen. Er zal daarom eerst een echt inhoudelijke discussie moeten worden gevoerd over de gewenste structuur van de tandheelkundige gezondheidszorg in de toekomst. Deze discussie mag niet vertroebeld worden door belangenbehartigingsaspecten. Als een teken van bereidheid tot een open discussie kan reeds beschouwd worden de medefinanciering door Ziekenfondsraad en NMT van het door WVC geëntameerd project Tandheelkunde van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG). In dat project worden met behulp van het eerder gememoreerde computersimulatiemodel toekomstscenario's opgesteld met betrekking tot alle aspecten van de tandheelkundige gezondheidszorg. Scenario's waarin onder andere zichtbaar gemaakt kan wor-

den wat de effecten kunnen zijn op de tandheelkundige gezondheid, de kosten van de gezondheidszorg en de benodigde menskracht van een aantal mogelijke politieke beslissingen.

Enkele scenario's zullen zonder twijfel elementen bevatten van het zogenaamde substitutiebeginsel, inhoudende dat tandheelkundige medewerkers meer taken van de tandarts zullen overnemen die op hun beurt dan meer 'specialistische' taken kunnen uitvoeren. In een dergelijk substitutiemodel dient als uitgangspunt te fungeren dat de tandarts (al of niet gedifferentieerd) slechts die taken uitvoert waarvoor een universitaire studie vereist is en dat alle overige meer routine-achtige taken aan hulpkrachten worden gedelegeerd. Opnieuw zal dan de vraag actueel worden of eenvoudige restauratieve ingrepen voorbehouden moeten worden aan tandartsen of dat ook hier taakdelegatie kan plaatsvinden. Het zal duidelijk zijn dat een verder doorgevoerde substitutie dan thans het geval is grote consequenties zal hebben voor de aantallen op te leiden specialisten, tand-

artsen en tandheelkundige medewerkers.

Een groot probleem bij een mogelijke effectuering van laatstgenoemd beleid kan zich voordoen door het wegvallen van de grenzen binnen Europa. Kan Nederland in dezen nog een eigen beleid voeren? Stel dat de STG-uitkomsten aanleiding geven tot het besluit om het aantal tandartsen in Nederland drastisch te laten teruglopen onder gelijktijdige opvoering van het aantal tandheelkundige medewerkers, resulterend in een beperkt aantal grote praktijken. Hoe kan dan verhinderd worden dat dit beleid doorkruist wordt door de individuele tandarts die bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd voor zijn praktijk geen Nederlandse koper meer vindt en derhalve gaat adverteren in tandheelkundige tijdschriften in EG-landen met een veel grotere tandartsdichtheid? Ongetwijfeld zullen we daar wel iets creatiefs voor bedenken, maar de conclusie dient toch te zijn dat de noodzaak steeds groter zal worden om met betrekking tot de vraag- en aanbodproblematiek in de tandheelkunde uiteindelijk te komen tot een Europees beleid in dezen.

Literatuur

- ¹AOT. Eerste interim rapport Adviescommissie Opleiding Tandartsen 1983.
- ²AOT. Eindrapport Adviescommissie Opleiding Tandartsen 1983.
- ³BURGERSDIJK RCW. De kindertandverzorgster. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1979. Academisch proefschrift.
- ⁴BURGERSDIJK RCW, VAN AMERONGEN WE. Kindertandverzorgsters in kleuter- en schooltandheelkunde. Ned Tijdschr Tandheelkd 1980; 87: 277-82.
- ⁵Ministerie van Sociale Zaken 1991. Mededeling.
- ⁶NMT Tandartsengids 1991. Nieuwegein: NMT, 1991.
- ⁷VISSER RSH, HELING GWJ, VAN 'T HOF MA, ET AL. Landelijk epidemiologisch Onderzoek Tandheelkunde. Deel III. Nijmegen/Leiden: KUN/NIPG 1988.
- ⁸TRUIN GJ, BURGERSDIJK RCW, KALSBEK H, ET AL. Landelijk Epidemiologisch Onderzoek Tandheelkunde. Deel II. Nijmegen/Leiden: KUN/NIPG 1987.
- ⁹KALSBEK H, EIJKMAN MAJ, VERRIPS GHW. Tandheelkundige hulp jeugdige verzekerden ziekenfondsverzekering. Leiden/Amsterdam: NIPG/ACTA, 1989.
- ¹⁰VERRIPS GHW, KALSBEK H. Mondgezondheid van Amsterdammertjes. Leiden/Amsterdam: NIPG/ACTA, 1990.
- ¹¹TRUIN GJ. Een computersimulatiemodel van de tandheelkundige gezondheidszorg. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1982. Academisch proefschrift.