

MENINGEN

STG-rapport Toekomstscenario's Tandheelkunde

Samenvatting. Na een toelichting op het rapport 'Toekomstscenario's Tandheelkunde' van de 'Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg' (STG) door Ir. E.M. Bronkhorst en Dr. G.J. Truin volgen van vier deskundige collega's, J.D. van Foreest, M.A.J. Eijkman, K. Kranenburg en L.J.A. van Schijndel, op verzoek van de Redactie geschreven reacties op bovengenoemd rapport.

**E.M. Bronkhorst, wiskundige
G.J. Truin, tandarts**

Inleiding

In 1983 is de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG) geïnstalleerd door de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. De stuurgroep heeft tot taak een beeld te geven van toekomstige ontwikkelingen op het terrein van de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Deze toekomstverkenningen, vooral in de vorm van scenario's, dienen in de eerste plaats om de discussie te stimuleren over onderdelen van de gezondheidszorg met allen die zich bij de beleidsontwikkeling daarvan betrokken weten. De door middel van scenario's verkregen inzichten zouden tevens moeten bijdragen aan een meer verantwoorde prioriteitenstelling op het terrein van de volksgezondheid en de gezondheidszorg.

In september 1989 is door het STG het project Toekomstscenario's Tandheelkunde opgestart. Dit project kende de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de mogelijke/waarschijnlijke ontwikkelingen in de tandheelkundige gezondheidstoestand van (delen) van de bevolking in de periode 1990-2015?
2. Wat is de invloed van het zich wijzigende aanbod aan medewerkers in de tandheelkundige gezondheidszorg en de invloed van stelselwijzigingen in de ziektekostenverzekering op de gebits-toestand van (delen) van de bevolking in de periode 1990-2015?
3. Wat is de invloed van toekomstige ontwikkelingen op het terrein van preventieve maatregelen alsook van nieuwe inzichten en behandelingsmethoden op de tandheelkundige gezondheidstoestand van (delen) van de bevolking in de periode 1990-2015?

Aan het project is gewerkt door een onderzoeksgroep van de Katholieke Universiteit Nijmegen.* In december 1992 is het eindrapport aan staatssecretaris Simons aangeboden.

Werkwijze

De kern van het project bestond uit twee

met elkaar verbonden onderwerpen: het ontwikkelen van een simulatiemodel van de tandheelkundige gezondheidszorg en het ontwerpen van scenario's die met het model geanalyseerd zijn.

Een belangrijke eigenschap van het gehele model is dat het alleen bestaat uit causale relaties en niet gebaseerd is op statistische correlaties. Het model is daardoor in staat op een inhoudelijk verantwoorde wijze de ontwikkelingen in de tandheelkundige gezondheidszorg 'na te spelen' en te laten zien hoe de tandheelkundige gezondheidszorg zich waarschijnlijk verder zal ontwikkelen, volgens de beste kennis op dit moment. In het ontwikkelde model kunnen vijf onderdelen onderscheiden worden.

Het eerste deel is het bevolkingsmodel. Dit model berekent voor elk jaar in de studieperiode hoeveel mensen zich bevinden in de 7 leeftijdscategorieën (0-5, 6-12, 13-18, 19-29, 30-44, 45-64 en 65+) die het model kent. Bovendien wordt onderscheid gemaakt naar verzekeringsvorm: ziekenfonds verzekerd of particulier.

Belangrijke sturende grootheden zijn alle demografische processen en veranderingen in het verzekeringsstelsel.

Het tweede model is het bezoekmodel. Hierin wordt de bevolking nog verder onderverdeeld naar bezoekgedrag: regelmatige bezoekers, onregelmatige bezoekers en edentaten. Samen ontstaat zo een verdeling van de bevolking in 42 cellen (7 x 2 x 3). Belangrijke sturende grootheden zijn demografische processen, het edentataat worden en campagnes ter stimulering van tandartsbezoek.

Het derde model is het pathologiemodel. Dit kent twee delen: het cariësmodel en het paramodel. In het cariësmodel wordt voor elke cel berekend wat het aantal carieuze, gerestaureerde en ontbrekende elementen per persoon is. Belangrijke sturende grootheden voor het cariësmodel zijn demografische processen, een aantal behandelingen (o.a. restauratieve behandelingen, extracties, sealants en fluoride-applicaties) en de incidentie van cariës.

In het paramodel wordt voor elke cel berekend hoeveel procent van de mensen

Trefwoorden: **Onderwijs** – Tandheelkundige gezondheidszorg – Toekomstscenario

Datum van acceptatie: 13 april 1993.

gingivitis heeft, welk percentage diepe pockets en welk percentage tandsteen. Verder wordt berekend wat het aantal diepe pockets is. Belangrijke sturende grootheden voor het paramodel zijn demografische processen, een aantal behandelingen (onder andere extracties, paro-chirurgie, tandsteenverwijdering en instructie mondhygiëne) en de incidentie van de onderscheiden parodontale aandoeningen.

Het vierde model is het aanbodmodel. Dit model berekent voor tandartsen en mondhygiënist hoe veel tijd zij beschikbaar hebben voor patiëntenbehandeling. Belangrijke sturende grootheden zijn de opleidingscapaciteiten, studierendementen, uitstroom uit het beroep, de verdeling over de beide geslachten, de leeftijdsopbouw van de beroepsgroep en de wijze van praktijkvoering.

Het vijfde model is het behandelmodel. In dit model komt alle informatie bij elkaar ter berekening van het aantal malen dat de onderscheiden behandelingen worden verricht door tandartsen en mondhygiënist (waar relevant). De behandelingen die het model kent zijn: controle (periodiek onderzoek), instructie mondhygiëne, fluoride-applicatie, fissuurverzegeling, tandsteen verwijderen, nieuwe plastische restauratie, plastische reraustauratie, gegoten restauratie, extractie, complexe parobehandeling (paro-chirurgie en rootplaning), partiële plaatprothese en frameprothese, brugwerk en volledige prothese. Het aantal behandelingen wordt voor elk van de 42 cellen apart berekend. Belangrijke sturende grootheden zijn de prijs van behandelingen, de gebits-toestand zoals berekend in het pathologiemodel, het aanbod van zorg, de omvang van de bevolking en de bezoekfrequentie.

Parallel aan de modelconstructie zijn scenario's ontwikkeld op diverse terreinen van de tandheelkundige gezondheidszorg. Het idee achter de scenario's is dat steeds met betrekking tot één of enkele grootheden waarvan bekend is dat zij aan ontwikkeling onderhevig zijn (bijvoorbeeld de incidentie van primaire cariës of de eigen bijdrage van een behandeling), veronderstellingen zijn gedaan die afwijken van wat het referen-

tiescenario genoemd wordt. De scenario's die in het rapport aan de orde komen richten zich op: incidentie van cariës en parodontale aandoeningen, veranderingen in de opleidingscapaciteiten, substitutie van tandarts naar mondhygiënist, kwaliteit van zorgverlening, ontwikkelingen op het gebied van praktijkvoering en -efficiëntie en veranderingen in het verzekeringsstelsel. Rond elk thema zijn meerdere scenario's ontwikkeld en met het model geanalyseerd. Bij de scenario's gaat het er niet om dat verwacht wordt dat bijvoorbeeld de incidentieverhoging of -verlaging die in een scenario beschreven wordt, zich werkelijk zal voordoen. De analyses laten slechts zien wat de meest waarschijnlijke gevolgen zullen zijn van dergelijke veranderingen.

Resultaten

De veelheid aan gepresenteerde scenario's maakt het niet mogelijk om alle resultaten de revue te laten passeren. Er zijn echter een aantal min of meer autonome ontwikkelingen in het referentiescenario die belangrijk zijn. Door de verbetering van de gebitsstoestand die zich vanuit de jeugd over de bevolking verspreidt, zal het aantal edentaten tussen 1992 en 2020 teruglopen van 2,8 miljoen tot ongeveer 1,7 miljoen. Samen met de bevolkingsgroei zoals geschetst door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) leidt dit tot een groei van de dentate bevolking van 12,3 miljoen in 1992 tot 15,3 miljoen in 2020. In contrast hiermee zal het arbeidspotentieel van tandartsen bij de huidige instroom in de opleiding binnen enige jaren gaan teruglopen. Dit wordt niet voldoende gecompenseerd door de groei van het arbeidspotentieel van mondhygiënist.

Daarnaast zijn er een aantal essentiële inzichten aan de scenario's te ontleen. Zo laten de scenario's op het terrein van verzekeringen zien dat de samenstelling van het pakket dat eventueel in een basisverzekering zou vallen, sterk stuurt op ontwikkelingen in de kosten (zowel de totale kosten, als de wijze van financiering), de gebitsgezondheid en de bezettingsgraad van tandheelkundige praktijken. Verder laten diverse scenario's zien dat de overbelasting van tandartsen en mondhygiënist die ontstaat bij ongewijzigd beleid zeer sturend is voor de ontwikkeling van de tandheelkundige gezondheidszorg. Een uitbreiding van het arbeidspotentieel voor de beroeps-groepen zal leiden tot een verbetering van de gebitsgezondheid (met name zichtbaar in een verbetering van de restauratieve verzorgingsgraad en een afname van het aantal edentaten), maar ook tot een stijging van de totale kosten. Scenario's die de overbelasting volledig reduceren laten een stijging van de totale kosten zien met ongeveer 26% in 2020 (in vergelijking met de kosten

in het referentiescenario in 2020). De kosten per dentaat blijven in dat geval echter nagenoeg constant.

Het rapport wordt besloten met de nadruk te leggen op het unieke karakter van deze studie. Centraal stond niet het ontwikkelen van beleid of het analyseren van een aantal beleidsopties, maar het creëren van een hulpmiddel ('het model') en een daaraan verbonden rapport dat de beleidsmaker ondersteunt in zijn werkzaamheden. De scenariocommissie eindigt daarom met de oproep dat door de onderlinge samenhang van de problematiek op het gebied van de tandheelkundige gezondheidszorg, het rapport zich niet leent voor het selecteren van losstaande resultaten, maar dat de waarde ligt in het geheel aan relaties dat zichtbaar wordt door de gepresenteerde scenario's.

De onderzoeksgroep bestond uit Dr. G.J. Truin, Ir. E.M. Bronkhorst en Ir. T. Wiersma. Het project werd begeleid door een scenario-commissie bestaande uit Prof. dr. R.C.W. Burgersdijk (voorzitter), Mw. Dr. B.M. van Amerongen, Drs. R.W. Haneveld (STG), Drs. A. Heyboer, Mw. J.D.M. Hoyng, Drs. J.L.M. van den Heuvel (tot 1 februari 1991), Prof. drs. O. Hokwerda, Dr. H. Kalsbeek, Drs. E.A.E.M. Lockfeer, Drs. E.F. Steketee en Dr. H.H. Tan.

Jhr J.D. van Foreest, tandarts

Inspecteur in algemene dienst voor de tandheelkunde
Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid

Algemeen

Het scenariorapport van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg inzake tandheelkunde is een uniek document waarmee allen die meer of minder betrokken zijn bij het beïnvloeden van de tandheelkundige zorgverlening vele jaren hun voordeel kunnen doen. Het rapport verdient het dan ook de gemoederen voorlopig bezig te houden. Dat is in het belang van de tandheelkundige volksgezondheid omdat de scenario's een zeer waardevol hulpmiddel zijn om ontwikkelingen en de daarop van invloed zijnde factoren beter te leren begrijpen en omdat de gehanteerde scenariomethodiek anticiperend beleid mogelijk maakt. Bovendien kan het rapport leiden (daarvan zijn de eerste bewijzen al geleverd) tot een beter overleg tussen belangengroepen binnen de zorg zoals zorgaanbieders, verzekeraars en consumenten. De Inspectie acht het van belang ook consumentenorganisaties in de gelegenheid te stellen hun visie te geven over het scenario-rapport.

Positie inspectie

De Geneeskundige Inspectie, als onderdeel van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, heeft tot taak toezicht te houden op de *staat van de volksgezondheid*, op de *geleverde zorg en op de (ontwikkeling van) kwaliteitssystemen*. Natuurlijk heeft de Inspectie belangstelling voor de verwachte ontwikkelingen met betrekking tot de gebitsgezondheid van de bevolking en voor de prognoses voor de pathologie. Het bezock- en behandelmodel dragen bij tot de meningsvorming inzake de te verlenen zorg. In uitspraken over kwaliteit van de zorgverlening is de scenariocommissie helaas terughoudend, terwijl toezicht op de kwaliteit en op de wijze waarop het veld kwaliteitssystemen ontwikkelt, voor de Inspectie juist een steeds belangrijker aandachtsgebied vormt.

Bevolking

Het bevolkingsmodel en het daarop gebaseerde referentiescenario lijken reëel. Wat dat betreft kan er niet vroeg genoeg op worden gewezen dat de relatieve en absolute toename van het aantal ouderen die nog over hun natuurlijke gebit beschikken, zal leiden tot een sterke toename van de vraag naar tandheelkundige hulp en tot een aanmerkelijke stijging van de kosten van de tandheelkundige zorgverlening met min of meer gelijkblijvende kosten per patiënt. Ook andere sectoren krijgen te maken met de financiële gevolgen van de (dubbele) vergrijzing. Het rapport laat overduidelijk zien dat de kosten voor tandheelkunde stijgen maar over de vraag of er ook sprake is van een stijging van het relatieve deel tandheelkunde binnen de gehele gezondheidszorg, laat het rapport zich niet uit. Komt de tandheelkunde na zoveel jaren van stabiliteit rondom 5% van de totale kosten gezondheidszorg daar in de komende jaren bovenuit?

Vraag en aanbod

Wat opvalt is dat het resultaat van elk scenario uiteindelijk zeer sterk wordt bepaald door de bezettingsgraad en de min of meer natuurlijke neiging van tandartsen (net als andere vrije beroepsbeoefenaren) het inkomen minstens op peil te houden. Het simulatiemodel vormt wat dat betreft, en zo hoort het ook, waarschijnlijk een goede afspiegeling van de werkelijkheid. Vanuit de Inspectie bestaat de vrees dat de verwachte hoge werkdruk in de tandartspraktijk remmend zal werken op het leveren van kwaliteit en het ontwikkelen van kwaliteitssystemen.

Het is buiten kijf dat er op korte termijn iets aan de opleidingen moet worden ge-

daan. Zelfs een sterke teruggang van cariës en parodontale afwijkingen, biedt geen soulaas voor het dreigende tekort aan tandartsen en ook een zeer sterke uitbreiding van het aantal mondhygiënisten vormt geen oplossing voor het dreigend tekort aan tandartsen. Het is, gezien de eerdere ervaring met het sluiten van tandartsopleidingen, begrijpelijk dat de overheid uiterst behoedzaam te werk gaat. Een nieuwe, geïntegreerde opleiding waarbij opleidingen van tandartsen, mondhygiënisten en mogelijk ook andere disciplines direct worden betrokken, kan een winstpunt zijn voor de kwaliteit van de tandheelkundige zorgverlening.

Behandelingen

In het behandelmodel neemt curatie een centrale plaats in. Over het algemeen wordt, zowel vanuit de professie als ook maatschappelijk, tandheelkunde gezien als een kwestie van behandelen. Zolang we spreken van *tandheelkunde* is dat ook niet zo gek. Steeds meer komen we toch tot de conclusie dat de aandacht meer gericht moet worden op 'care' in plaats van 'cure'. Het behandelmodel richt zich vooral op het behandelen van de misschien nauwelijks verder te reduceren cariës en op het opnieuw restaureren danwel op de prothetische tandheelkunde. In het rapport wordt veel aandacht besteed aan individuele maar nauwelijks aan collectieve preventie. Het intensiveren van collectieve preventie waarbij de activiteiten zich meer moeten richten op risicogroepen, zou wel eens het enige middel kunnen zijn om de pathologie in gunstige zin te beïnvloeden.

Kwaliteit

De scenariocommissie besteedt slechts indirect aandacht aan het onderwerp kwaliteit. Enerzijds omdat er (binnen het model) nauwelijks directe kwaliteitsparameters beschikbaar zijn, anderzijds omdat binnen de commissie mogelijk verschillend gedacht werd over het begrip kwaliteit. De begripsomschrijving van kwaliteit kan immers variëren van het simpele *HMGD* (*Het Meteen Goed Doen*) tot bijna filosofische verhandelingen die in veel gevallen ver van de praktijk af staan. Het ontwikkelen van goed te hanteren parameters of indicatoren voor kwaliteit van tandheelkundige zorgverlening verdient alle aandacht.

Zoals al eerder aangegeven heeft de bezettingsgraad van de tandartspraktijk ook hier een haast alles bepalende invloed. Wanneer voor voorlichting of ter verbetering van de kwaliteit meer tijd wordt genomen voor verrichtingen, dan laat het scenario zien dat hierdoor een toename van de bezettingsgraad optreedt en tegelijkertijd

een afname van de praktijkomzet. Compensatiemechanismen ten gevolge van een te hoge bezettingsgraad, hebben al snel een remmende invloed op kwaliteitsverbetering.

Bij het introduceren van meer doelmatige behandelwijzen (bijvoorbeeld gelijke kwaliteit in minder tijd) houdt de tandarts tijd over, waardoor ofwel de bezettingsgraad afneemt met behoud van de praktijkomzet ofwel de praktijkomzet afneemt bij gelijke bezettingsgraad (of varianten daartussen in). Het is denkbaar dat bevordering van doelmatigheid nog het minst wordt gremd door het dreigend tekort aan de aanbodzijde. Doelmatigheid kan immers bevloed worden door het gebruik van financiële instrumenten bij de honorering zoals honoreringstructuur, premie op doelmatigheid, consumptiebeïnvloedende eigen bijdragen en financiële sturing van substitutie en delegatie.

Opleiding, bij- en nascholing zijn waarschijnlijk de belangrijkste instrumenten voor het, op termijn, verbeteren van kwaliteit. Het op een goede wijze inzetten van financiële instrumenten ter bevordering van doelmatigheid kunnen meer direct van invloed zijn op de kwaliteit.

Verzekeringspakketten

Het rapport geeft geen duidelijke aanwijzingen voor de beoogde doelstellingen van de verschillende pakketkeuzen. Het lijkt erop dat het alleen maar gaat om inpassing van de tandheelkundige zorgverlening in de stelselwijzigingsplannen. Daarbij staat het wegnemen van het onderscheid tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden voorop maar de uiteindelijke doelstelling zal toch kostenbeheersing (moeten) zijn.

Het is jammer dat geheel geen aandacht is besteed aan (on)mogelijkheden van aanvullende verzekeringen omdat die wel eens een belangrijke rol kunnen gaan spelen bij de uiteindelijke beslissing over tandheelkunde in het basispakket. Dat ook hier de stem van de consument gehoord moet worden, is duidelijk.

Bij de keuze van pakketten blijkt steeds weer sprake te zijn van een grote mate van onvoorspelbaarheid van de financiële consequenties. Die onvoorspelbaarheid is deels een gevolg van onzekerheden omtrent het keuzegedrag van consumenten die immers ofwel worden geconfronteerd met onvoorziene verzekerde tandheelkundige mogelijkheden (uitgebreidere pakketten) ofwel met onvoorziene 'eigen bijdrage' (beperkte pakketten).

Grote onzekerheden omtrent de financiële gevolgen van de verschillende pakketten zouden er voor kunnen pleiten de financieringsproblematiek van de tandheelkundige hulp niet op te lossen door in het

pakket te knippen maar te denken aan financiële instrumenten zoals eigen bijdragen en eigen risico's. Het is immers logisch financiële problemen met financiële instrumenten op te lossen.

Conclusies

Het scenariorapport is voor de Inspectie van de Volksgezondheid een waardevol document voor langere termijn. In uitspraken over kwaliteit van de zorgverlening is de scenariocommissie helaas terughoudend, terwijl voor de Inspectie toezicht op de kwaliteit en op de wijze waarop het veld kwaliteitssystemen ontwikkelt, juist een steeds belangrijker aandachtsgebied vormt. Het ontwikkelen van parameters of indicatoren voor kwaliteit van tandheelkundige zorgverlening verdient alle aandacht.

Evenwicht tussen vraag en aanbod lijkt van groot belang te zijn voor een verantwoorde ontwikkeling van de tandheelkundige zorgverlening in Nederland. Vanuit de Inspectie bestaat de vrees dat de voorziene hoge werkdruk in de tandartspraktijk remmend zal werken op het ontwikkelen van kwaliteit en kwaliteitssystemen.

Opleiding, bij- en nascholing zijn waarschijnlijk de belangrijkste instrumenten voor het, op termijn, verbeteren van kwaliteit. Het op een goede wijze inzetten van financiële instrumenten ter bevordering van doelmatigheid kunnen meer direct van invloed zijn op de kwaliteit.

Ten slotte beveelt de Inspectie van harte aan ook consumentenorganisaties te laten oordelen over het scenariorapport en hen daardoor meer te betrekken bij de zorg die uiteindelijk (naar) hen toekomt.

M.A.J. Eijkman, tandarts

Wanneer men dit scenariorapport commentarieert en men beziet de complexe problematiek van de vraag naar en het aanbod van tandheelkundige gezondheidszorg vooral vanuit de, enigszins beperkte, optiek van de universitaire tandheelkunde dan lijkt het verstandig eerst in de historie terug te gaan. We beginnen met de jaren kort na het einde van de Tweede Wereldoorlog en beschrijven daarna in vogelvlucht de geschiedenis van de oprichting en ontmanteling van tandheelkundige faculteiten in een periode van bijna vijftig jaar.

In 1947 werd de tandheelkunde in het universitaire onderwijs geïntegreerd. Men baseerde zich hierbij op de uitgangspunten van de commissie de Ranitz die vaststelde dat de betekenis van de tandheelkundige wetenschap en het belang voor de volksgezondheid het zeer gewenst maakten dat de

toen bestaande opleiding tot tandarts radicaal werd verbeterd. Het gevolg was dat de Utrechtse opleiding in datzelfde jaar universitair werd en dat in november 1948 de tandheelkundige kliniek in Groningen werd geopend. Aan het eind van de jaren vijftig en in de jaren zestig besloot de overheid dat er meer academisch opgeleide tandartsen zouden moeten komen. Zoals thans valt op te maken was het voornaamste argument dat meer wetenschappelijk opgeleide tandartsen het grote probleem van cariës zouden kunnen beperken en voorkomen. In 1961 ontstond de afdeling tandheelkunde binnen de medische faculteit van de Katholieke Universiteit te Nijmegen; in 1964 gebeurde dat aan de Gemeentelijke Universiteit van Amsterdam en ten slotte kwam er in het cursusjaar 1968-1969 een vijfde opleiding aan de Vrije Universiteit van Amsterdam. Er werd zelfs overwogen nog een zesde universiteit te vragen een subfaculteit tandheelkunde in te stellen.

We kennen allen de droevige afbraak en ontmanteling van de opleidingen in Utrecht en Groningen uit de jaren tachtig, de castratie van de Nijmeegse faculteit en het geforceerde ontstaan van ACTA in Amsterdam. We zullen hier niet ingaan op de diverse redenen die er toen waren om de opleidingscapaciteit voor tandartsen in te krimpen. We willen volstaan met vast te stellen dat, voornamelijk om financieel-economische redenen de toenmalige minister van Onderwijs en Wetenschappen heeft besloten tot die drastische ingreep. Overigens voelde hij zich in zijn besluit gesteund door de beroepsorganisatie NMT die vrijwel geen protesten liet horen.

Wanneer we deze tragische en bizarre situatie van vijftig jaar beleid op het gebied van oprichting en afbraak van tandheelkundige universitaire opleidingen bezien, dan kan men zich enigszins ontzet afvragen hoe een dergelijke situatie kon ontstaan. En men vraagt zich af hoe in andere sectoren van ons maatschappelijk leven wordt bestuurd? Proberen we voorzichtig naar de oorzaken te kijken en beschouwen we de rol van de drie belangrijkste partijen in dit proces, de overheid, de NMT, en het overlegorgaan van de samenwerkende universiteiten en tandheelkundige faculteiten dan doemt het volgende beeld op. De overheid heeft onzorgvuldig gehandeld, is rabiata bezig geweest met bezuinigingsmaatregelen en heeft zich door korte termijndoelen laten leiden. De NMT lijkt in deze weinig fundamenteel beleid te hebben gevoerd, gehandicapt door het klassieke dilemma waarmee de beroepsorganisatie nu eenmaal altijd kampt; enerzijds het functioneren als belangenorganisatie die zich uitsluitend laat leiden door de voorkeuren en wensen van de leden op het gebied van de

zorgverlening en de tarieven en anderzijds het zich opstellen als instelling die er is om de tandheelkunde te bevorderen. Ten slotte kan worden gesteld dat er door de gezamenlijke universiteiten weinig is samengewerkt en nagedacht over mogelijke ontwikkelingen in de tandheelkundige gezondheidszorg en de consequenties daarvan voor de universitaire tandheelkunde.

Nu, in 1993, is het dan zover dat er weer op verschillende plaatsen in ons land, waaronder de vroegere vestigingsplaatsen Utrecht en Groningen, serieus wordt nagedacht over de vergroting van de opleidingscapaciteit voor tandartsen. De aanleiding van de gedachtenvorming vormen de zorgvuldig aandoende berekeningen van het hier voor ons liggende, voortreffelijke, rapport van de STG. De scenariocommissie stelt vast dat, wil men aan de vraag naar tandheelkundige hulp in de toekomst voldoen, de huidige opleidingscapaciteit van zowel tandartsen als mondhygiënisten niet voldoende zal zijn. Voor diegenen die zich in het verleden actief met deze vraagstelling hebben bezig gehouden is deze constatering overigens niet verbazingwekkend. De conclusie van de STG lijkt, in tegenstelling tot de argumenten die in de jaren zestig en de jaren tachtig gebruikt werden om tandheelkundige opleidingen op te richten en weer af te breken, zeer gefundeerd, ondanks alle onzekerheden die wiskundige modellen en simulaties van de werkelijkheid nu eenmaal met zich meebrengen. Immers de commissie heeft zich gebaseerd op deugdelijk onderzoeksmateriaal en langdurig verzamelde epidemiologische – en andere relevante sociaal-tandheelkundige gegevens. Wanneer daarbij nog factoren, die niet in het scenarioreport voorkomen, in de overweging worden betrokken, we noemen onder meer de vergelijking met andere geïndustrialiseerde landen als het gaat om het aantal opleidingen tot tandarts, de nog steeds stijgende gebitsbewustheid van de bevolking, de steeds grotere behoefte van de professie aan post-academisch onderwijs, de behandeling van bijzondere groepen patiënten en typische universitaire patiëntenbehandelingsstaken, dan lijkt het bijna vanzelfsprekend dat de beslissing, in de komende jaren een of meer nieuwe tandheelkundige opleidingen op te richten, in positieve zin zal uitvallen.

Als een dergelijke keuze op deze wijze wordt gemaakt dan wordt, veel genuanceerder dan in de jaren zestig en tachtig het geval was, perspectief geboden voor een verantwoord aanpak van vraag en aanbod van tandheelkundige zorg in de toekomst. Zo genomen beslissingen zijn de basis van verantwoord bestuur en voorkomen veel leed, onzekerheden van patiënten, gedwongen ontslagen van faculteitsmedewerkers die door universiteiten met veel inspanning zijn opgeleid, akelige fusies en

aanzienlijk kapitaalverlies door de ontmanteling van pas gebouwde moderne klinieken, nachtmerries uit de afgelopen vijftien jaar die door goed gefundeerd en weloverwogen beleid hadden kunnen worden voorkomen.

K. Kranenburg, tandarts

De gedetailleerde toekomstverkenningen in het rapport met als grondslag een door de commissie ontwikkeld systeem-dynamisch mathematisch model, kan ongetwijfeld besluitvormingen ondersteunen die in de naaste toekomst ook met betrekking tot de tandheelkundige gezondheidszorg genomen moeten worden. Vooral het aangeven van verschillende varianten en de te verwachten consequenties bij een keuzebepaling kunnen in beginsel zo'n beslissing beïnvloeden.

Tegen de achtergrond van de diversiteit van de subdoelen die de commissie in het kader van haar taakopdracht heeft geanalyseerd, variërend van scenario's met betrekking tot bevolkingsontwikkeling, pathologie, financiering, patiëntcontacten, mankrachtontwikkeling, etc. stelt de commissie terecht dat door de onderlinge samenhang van de problematiek het rapport zich niet leent voor het selecteren van losstaande resultaten maar een overallvisie vereist. Dit stellende wekt het wat bevreemding dat de commissie zelve in haar aanbevelingen reeds een uitspraak doet over de naar haar oordeel vereiste opleidingscapaciteit van de door haar in kaart gebrachte disciplines (specialisten, prothetisten, tandtechnici zijn buiten beschouwing gelaten), overwegend gebaseerd op de CBS-ramingen van de bevolking, zonder daarbij haar eigen analyses met betrekking tot financiering, vraag en aanbod en verzekeringsvariabelen zichtbaar te betrekken, noch de logistieke consequenties van haar visie in deze in kaart brengt. Dat is daarom van belang omdat bij besluitvorming op zo'n punt sprake is van een pluriforme betrokkenheid van diverse belanghebbende organisaties en instellingen.

Gelet op de problematiek die zich voordoet bij de implementatie van een zorgverzekering bieden de door de commissie opgestelde clusters van scenariomodellen over mogelijke ontwikkelingen op het terrein van pathologie, praktijkvoering en financiering een duidelijk inzicht in de consequentie van een bepaalde keuze. Hierbij spelen tevens de volgende aspecten een rol. Uitgaande van enerzijds de behoefte aan een toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg, één van de doelstellingen der zogenaamde stelselwijziging, anderzijds de beperkte financiële ruimte, ontkomt men moeilijk aan een zekere vorm van prioriteitstelling. De oorspronkelijke gedachten

zoals onder andere neergelegd in het rapport van de commissie Dekker en later nog de commissie Dunning gaven een sterk onderbelicht beeld van de tandheelkundige zorg in het kader van de algemene gezondheidszorg. Een beeld overigens dat inmiddels enigszins schijnt achterhaald. Tegen die achtergrond zou het formuleren van een herkenbaar tandheelkundig gezondheidsdoel op termijn voor besluitvorming over een totaalpakket zeker van belang zijn. Staat men een zorgsysteem voor dat zich anticiperend richt op de vraag, om achteraf te bezien wat het totaaleffect is, of stelt men een stelsel voor dat is afgestemd op een meetbare verbetering van de tandheelkundige gezondheid. Het scenario-rapport bevat een veelheid van gegevens om zonnig dit laatste in kaart te brengen. In dit verband valt het op dat in de vermelde contacten die de commissie tijdens haar werkzaamheden met 'derden' heeft gehad geen gewag wordt gemaakt van overleg met patiëntenorganisaties. Zeker tegen de achtergrond van de grotere betrokkenheid van die organisaties bij de ontwikkeling en toepassing kwaliteitsbeleid zou een visie van die zijde zijn nut kunnen hebben.

Inmiddels is in de adviesaanvraag 'modernisering zorgsector' die in december 1992 aan de Ziekenfondsraad is gericht, speciaal ook de overgang van tandheelkunde naar een zorgverzekering aan de orde gesteld. De algemene uitgangspunten van de stelselherziening, te weten solidariteit en eigen verantwoordelijkheid, worden ook in deze aanvraag als basisprincipes aangegeven met tevens de behoefte aan een gepast gebruik van de voorzieningen. Het rapport bevat voldoende bouwstenen om bij te dragen aan een aanvaardbare synthese op grond van deze uitgangspunten, rekening houdend met de verschillende geleidingen die het patiëntenbestand in tandheelkundig opzicht en sociaal opzicht kenmerken.

Nadrukkelijk is in genoemde adviesaanvraag gesteld dat de tandheelkundige zorg los gezien moet worden van de aanbieder. Primair is de beschikbaarheid van een functioneel zorgpakket tandheelkunde met de begrenzing waarin het eventueel in een zorgverzekering kan worden ingebracht. In hoeverre en in welke mate bij de toepassing substitutiemogelijkheden voor deelfuncties zijn te realiseren zal mede aan de hand van de indicaties die het rapport dienaangaande heeft opgesteld, kunnen worden bezien.

De enkele aspecten uit het rapport die hier uit de veelheid van de door de commissie verstrekte informatie zijn uitgelicht, bevestigen de waarde die de omvangrijke studie voor de besluitvorming over de toekomstige tandheelkundige zorg kan hebben.

L.J.A. van Schijndel, tandarts

Inleiding

De onderwijshervorming van 1947 opende, na decennia van frustratie, voor het tandheelkundig onderwijs in Nederland goede perspectieven voor de opbouw van een volwaardige academische opleiding. Naast de aloude opleiding in Utrecht opende ook de Groningse universiteit haar poorten voor studenten tandheelkunde. Het Ziekenfondsbesluit van 1942 en de sluiting van de universiteiten in de twee laatste oorlogsjaren hadden een groot tekort aan tandartsen veroorzaakt. Aan capaciteitsberekeningen om de instroom van eerstejaars studenten te reguleren bestond nauwelijks behoefte. In de jaren daarna kon rustig gewerkt worden aan de uitbouw van de onderwijs capaciteit tot een totaal van vijf opleidingen. Geleidelijk aan groeide ook de wetenschappelijke produktie. Een vreedige en produktieve periode volgde.

De jaren tachtig betekenden een radicaal keerpunt, gemarkeerd door de overhaaste en irrationele sluiting van opleidingen met als resultaat een rompopleiding in 1,5 faculteit: ACTA, een fusie van de Universiteit van Amsterdam en de Vrije Universiteit, en de Katholieke Universiteit Nijmegen. Het was en is ontstellend te weten dat ook aan deze inperking van de onderwijs capaciteit (van 465 naar 120 eerstejaars) geen berekeningen van enig belang ten grondslag lagen, niet ten aanzien van de vraag en behoefte aan zorgverlening en evenmin met betrekking tot de enorme financiële consequenties. In deze periode van depressie produceerde de ministeriële Adviescommissie Opleiding Tandarts (AOT) drie interimrapporten en een eindrapport.¹ Aan de aanbevelingen van deze commissie, waaraan in de kolommen van dit Tijdschrift uitvoerig aandacht is besteed, lagen evenmin de noodzakelijke berekeningen ten grondslag.³⁴ De jaren negentig brengen bezinning. De vernielde structuur van het tandheelkundig onderwijs wordt opgeruimd en opnieuw geordend en het werk wordt hervat.

'Toekomstscenario's Tandheelkunde'²

De belangrijkste bezwaren tegen het AOT-rapport waren als volgt geformuleerd: 'Het vrijwel ontbreken van betrouwbare epidemiologische gegevens over de (latente) behoefte aan tandheelkundige zorg vormt een uiterst wankel basis voor het rapport van de AOT. De ingenomen standpunten gaan mank aan wetenschappelijke ondersteuning' en 'Het Landelijk Epidemiologisch Onderzoek, het L.E.O.-project, dat door de Nijmeegse faculteit in samenwerking met TNO is opgezet en dat tot doel heeft de prevalentie van aandoeningen in de mond

benevens de subjectieve en objectieve behoefte aan behandeling vast te stellen'... 'zou een goed uitgangspunt voor een AOT bieden'.³

Wel, thans vijf jaar later ligt dit kloek boekwerk voor ons, 354 bladzijden tekst, talloze afbeeldingen en tabellen, kortom een rijke bron van feitenmateriaal voor een nieuwe Adviescommissie Opleiding Tandarts.

In haar voorwoord vermeldt de scenario-commissie sprekend over het AOT-rapport: 'Ondanks de vele conclusies en aanbevelingen is het rapport sinds 1985 niet gevolgd door een duidelijk beleid met betrekking tot de tandheelkundige gezondheidszorg.' Dat dit beleid is uitgebleven mag geen verbazing wekken, immers de fundamentele ontbraken in de vorm van betrouwbaar cijfermateriaal over de tandheelkundige gezondheidszorg en extrapolaties daarvan over een langere periode: 1990-2015. De commissie zegt 'bewust geen rapport te willen uitbrengen over de gewenste structuur van de tandheelkundige gezondheidszorg'. Dit was haar opdracht niet en de discussies over de aanbevelingen van het AOT-rapport waren nog niet afgerond. Wat de commissie wel wil is 'inzichten in de effecten van een aantal ontwikkelingen en beleidsopties zichtbaar maken waardoor een ieder in de gelegenheid is beslissingen beter te onderbouwen'. Dit is exact datgene waarop ieder wachtte. De commissie heeft hiermede dus het materiaal geleverd voor het ontwerpen van een structuur voor de tandheelkundige gezondheidszorg.

De commissie ontwikkelde een systeem-dynamisch model, waarin de vraag naar en het aanbod van tandheelkundige zorg centraal staan en dat onderverdeeld is in een vijftal submodellen: de bevolking, de pathologie, het tandartsbezoek, het aanbod en de behandeling. Met behulp van dit model is het mogelijk verschillende beleids-experimenten te analyseren.

Het onderwijs

Voor het beleid met betrekking tot het onderwijs is de bestudering van de toekomstscenario's onmisbaar. Slechts een consistent beleid op de lange termijn kan enige betekenis hebben. De desastreuze gevolgen van het paniekbeleid in de jaren tachtig als boven aangehaald hadden toen vermeden kunnen worden, indien men over dergelijke gegevens had kunnen beschikken. Overigens, geen beleid is beter dan een slecht beleid. Het thans dreigend of misschien reeds aanwezige tekort aan tandartsen en mondhygiënisten toont dat aan. De berekende groei van de bevolking tot het jaar 2020 met 12% houdt een groei in van 24% mensen met een natuurlijk gebit. Het gevolg is een toename van de vraag naar tandheelkundige hulp. Dit alles

gevoegd bij de afname van het totale tandartsenbestand en de groei van het aantal vrouwelijke tandartsen zal, zo blijkt uit de berekeningen, ertoe leiden dat aan de vraag naar tandheelkundige hulp niet meer kan worden voldaan. De bestaande opleidingen kunnen onmogelijk voorzien in de gewenste aantallen tandartsen en mondhygiënist. Het is navrant dit te moeten constateren in de wetenschap dat sinds 1988 twee opleidingen de deuren zo nodig moesten sluiten. Tot een pikante conclusie komt de scenariocommissie in paragraaf 5.3.2. Daar komt zij tot de slotsom, dat voor de periode 1993-2020 een opleidingscapaciteit met een instroom van 360 eerstejaars studenten gewenst is. Dit is vier maal negentig studenten; het oorspronkelijke aantal voor vier opleidingen. Men zal moeten erkennen dat het beleid bij de stichting van de nieuwe opleidingen destijds blijf gaf van meer talent dan men vermocht te demonstreren bij de overhaaste sluitingen. De conclusie is dan ook gewettigd, dat aan heropening van de Utrechtse en Groningse faculteiten niet valt te ontkomen en dat tezamen met Nijmegen en een wat afgeslankte ACTA, aan de optimaal te achten aantallen studenten recht wordt gedaan. Enige afslanking zal het klinisch onderwijs bij ACTA zeker kunnen bevorderen, gezien het chronisch tekort aan een voldoende gedifferentieerd patiëntenbestand. Ook een kleine opleiding kan in economisch opzicht niet optimaal geacht worden, omdat de produktie van afgestudeerden te gering is en het moeilijker wordt een voldoende gedifferentieerd onderwijs en onderzoek aan te bieden. Vier opleidingen met een instroom van 90 eerstejaars studenten bieden deze mogelijkheden wel en scheppen tevens de voorwaarden voor onderlinge afstemming en competitie.

Wat de scenariocommissie niet biedt

Gezien haar taakstelling heeft de scenariocommissie geen onderzoek en dus ook geen uitspraken gedaan over een aantal ook voor het onderwijs belangrijke onderwerpen. Wij doelen hier op de inhoudelijke en kwalitatieve normen, voorts over de taaktoedeling onder de hulpverleners: de tandarts, de mondhygiënist, de specialistisch georiënteerde tandarts en de reguliere specialist. Wel wordt gedacht aan verschuiving van taakdelen naar 'goedkopere' échelons.

Het vaststellen van de normatieve omvang van de door deze categorieën te verlenen diensten en de financiële gevolgen voor de samenleving zal veel studie vereisen, alvorens de politici erop los gelaten kunnen worden. Immers dit alles zal moeten passen in de relatie tot de te ontwerpen structuur van de gezondheidszorg en de draagkracht respectievelijk de welwillendheid van de geldverschaffers. De wensen van de zijde van de professie moeten duidelijk zijn: hoge kwaliteit, expertise bij de uitvoerders, kwalitatieve controle met een duidelijke consensus en een voldoende bereidheid bij de betalende personen c.q. instanties om een goede zorgverlening te willen financieren en ten slotte bij alles permanente waak-

zaamheid tegen bureaucratische tendenties. Kortom het fundament is gelegd door de scenariocommissie; nu moet het bouwwerk nog opgetrokken worden.

Epiloog

Een alomvattende filosofie over het beroepsbeeld is nog niet geconcipieerd. Dit te doen is geen interessant tijdverdrijf, maar een bittere noodzaak. In dat kader zullen de onderwijsdoelen moeten worden vastgesteld en het maatschappelijk functioneren ontworpen. Het krachten spel binnen de gezondheidszorg speelt zich immers af tussen behoefte aan en vraag naar hulp, omvang en samenstelling van de bevolking, aantallen en soorten hulpverleners, alles in kwantitatieve zin, met als tegenpool de kwaliteit van de geleverde diensten. De onderwijsgevers kunnen dan gestuurd door hun wetenschappelijk geweten hun koers daarop bepalen. Wetenschappelijk onderwijs is in beginsel onafhankelijk en mag nooit de speelbal zijn van haar maatschappelijke relevantie. Het zal zich wel dienen te bekommeren om de problemen van de abiturienten, die mogelijk gewetensconflicten ervaren tijdens een confrontatie met de samenleving, waarin zij moeten werken.

Literatuur

- ¹ AOT. Eindrapport Adviescommissie Opleiding Tandarts. Volksgezondheidsreeks VR 85/22 's-Gravenhage 1985.
- ² SCENARIOCOMMISSIE TANDHEELKUNDE. Toekomstscenario's Tandheelkunde. Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Zaventem 1992.
- ³ VAN SCHIJNDEL LJA. Het eindrapport Adviescommissie Opleiding Tandarts. Ned Tijdschr Tandheelkd 1986; 93:196-9.
- ⁴ VAN SCHIJNDEL LJA. Het lot van het AOT-rapport. Ned Tijdschr Tandheelkd 1988; 95:447-9.